



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion : 2007

Date du Jury : septembre 2007

**L'organisation en pôles d'activité :
une opportunité pour
le Directeur des Soins d'initier un
nouveau mode managérial**

Murielle NAUCHE

*« Tu me dis, j'oublie.
Tu m'enseignes, je me souviens.
Tu m'impliques, j'apprends ».*

Benjamin Franklin

Remerciements

Une pensée toute particulière à mon père et à Joachim qui nous ont quittés lors de la préparation à ma future fonction et à qui je dédie ce mémoire.

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de répondre à mes questions et qui m'ont ainsi apporté une aide sans laquelle ce travail n'aurait pu aboutir.

A mes proches, qui ont su, par leur immense soutien et leur patience de chaque instant, m'accompagner tout au long de la réalisation de ce travail.

Aux personnes qui, par leurs questions et remarques, ont affûté mon propre questionnement.

A Jackie BONDROLE, Coordonnateur Général des Soins, pour la sagesse de ses conseils avisés.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 L'EVOLUTION DU MODE DE GESTION DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE.....	4
1.1 LA MISE EN PLACE DES POLES ET LA CONTRACTUALISATION INTERNE	4
1.1.1 <i>Le cadre juridique général.....</i>	4
1.1.2 <i>Les pôles d'activité médicale</i>	5
1.1.3 <i>Le développement d'une politique de contractualisation.....</i>	5
1.1.4 <i>La délégation de gestion</i>	6
1.1.5 <i>La coopération pour moderniser le management : donner du sens</i>	7
1.2 L'EVOLUTION DE LA DIRECTION DES SOINS ET DU ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS.....	9
1.2.1 <i>Le nouveau positionnement du Directeur des Soins.....</i>	10
1.2.2 <i>Les Cadres Supérieurs de Pôles : des acteurs du changement.....</i>	12
1.2.3 <i>La nouvelle Commission des Soins.....</i>	14
1.3 LA TRANSFORMATION DES PRATIQUES MANAGERIALES ET MISE EN PLACE D'UNE HIERARCHIE FONCTIONNELLE	15
1.3.1 <i>Les fondements du management</i>	16
1.3.2 <i>La nouvelle répartition des rôles et des pouvoirs pour le Directeur des Soins.....</i>	17
1.3.3 <i>Le management par les compétences.....</i>	18
1.3.4 <i>Le management par projet</i>	19
2 L'ETUDE, LES RESULTATS ET LA SYNTHESE.....	21
2.1 LA METHODOLOGIE DE L'ENQUETE	21
2.1.1 <i>Les objectifs de notre travail d'enquête</i>	21
2.1.2 <i>L'outil de recueil de données</i>	22
2.1.3 <i>Le terrain de l'enquête.....</i>	22
2.1.4 <i>Les personnes interviewées.....</i>	23
2.1.5 <i>Les points de progrès et les points forts de l'enquête</i>	23
2.2 LES RESULTATS ET L'ANALYSE DES ENTRETIENS	23
2.2.1 <i>L'hôpital structuré en pôles : opportunités et risques potentiels</i>	24
2.2.2 <i>La contractualisation interne et la délégation de gestion : avantages et limites du système.....</i>	26

2.2.3	<i>Le management du Directeur des Soins dans une organisation en pôles : logique de cohérence inter pôles</i>	29
2.2.4	<i>Le point de vue et les attentes des Cadres Supérieurs de pôles ou comment affirmer de nouveaux pouvoirs ?</i>	30
2.2.5	<i>Le point de vue et les attentes du Chef d'Etablissement</i>	34
2.2.6	<i>Le point de vue et les attentes des Médecins Chefs de Pôles</i>	35
2.3	CONCLUSION DE L'ENQUETE DE TERRAIN	37
3	LES PROPOSITIONS D'ORIENTATIONS PROFESSIONNELLES OU COMMENT INITIER UN NOUVEAU MODE MANAGERIAL ?	39
3.1	DONNER DU SENS AU MANAGEMENT	39
3.1.1	<i>Clarifier le rôle des Cadres Supérieurs de Pôles</i>	41
3.1.2	<i>Manager par projets : une véritable dynamique participative</i>	43
3.1.3	<i>Dynamiser le Service de Soins</i>	43
3.1.4	<i>Développer une culture de la transversalité</i>	46
3.1.5	<i>Impulser une démarche d'évaluation</i>	46
3.2	DEVELOPPER UNE RELATION DE CONFIANCE POUR PROGRESSER ENSEMBLE	48
3.2.1	<i>Intégrer les différentes logiques professionnelles par la coopération</i>	48
3.2.2	<i>Fédérer et coordonner les pôles</i>	49
3.2.3	<i>Développer une politique de communication</i>	50
3.2.4	<i>Instaurer une relation de confiance avec le corps médical</i>	51
3.3	SE POSITIONNER ET S'ENGAGER	53
3.3.1	<i>Assoir sa légitimité</i>	54
3.3.2	<i>S'impliquer dans le processus de décision stratégique</i>	54
3.3.3	<i>Promouvoir une organisation des soins au bénéfice du patient</i>	55
3.3.4	<i>Renforcer et développer le partenariat avec les directions fonctionnelles</i>	56
3.3.5	<i>S'engager personnellement</i>	56
3.4	MAINTENIR UN NIVEAU D'EXPERTISE	57
3.5	PROMOUVOIR LE PROFESSIONNALISME	57
	CONCLUSION	59
	BIBLIOGRAPHIE	61
	LISTE DES ANNEXES	67

Liste des sigles utilisés

AP – HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CA : Conseil d'Administration

CR : Centres de Responsabilité

CE : Conseil Exécutif

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CSP : Cadre Supérieur de Pôle

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et
Médico-Techniques

CTE : Comité Technique d'Etablissement

CSS : Cadre Supérieur de Santé

CSSI : Commission du Service de Soins Infirmiers

DG : Directeur Général

DHOS : Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins

DS : Directeur des Soins

DSSI : Directeur du Service de Soins Infirmiers

EPS : Etablissement Public de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

PAM : Pôle d'Activité Médicale

INTRODUCTION

Avec la réforme de la gouvernance, un nouveau mode de management se met en place dans les hôpitaux. De la Direction Générale jusqu'aux cadres de proximité, ce changement concerne tous les acteurs de santé de l'hôpital. Mais ce nouveau mode de management modifie également l'organisation interne des services et concerne, par conséquent, les acteurs au plus près du terrain.

La mise en place de la nouvelle gouvernance nécessite un engagement fort de la direction des établissements, de la communauté médicale et de ses représentants, elle requiert également une implication de l'encadrement, partenaire et acteur déterminant de la réforme.

L'organisation de l'activité et les nouveaux modes de gestion et de décision, induits par la nouvelle gouvernance, passent par l'évolution du mode de management traditionnel.

En effet, l'organisation des pôles d'activités gérés par un médecin, assisté d'un cadre de santé et d'un cadre administratif, exige de la part de cet encadrement de développer des capacités managériales autres autour de nouvelles compétences (contrôle de gestion, évaluation des risques, évaluation des pratiques professionnelles, ..).

Il apparaît aujourd'hui comme une obligation de réaliser une approche plus large et surtout plus anticipatrice du management à l'hôpital et de la place que doivent y occuper les Cadres Supérieurs de Santé (CSS).

Le choix du candidat pour l'exercice de cette fonction est essentiel. Il se fait sur la capacité à concevoir et intégrer un double partenariat, avec le praticien responsable de pôle qui est chargé de la mise en œuvre du contrat de pôle, avec le Directeur des Soins qui est en charge de la mise en œuvre et du contrôle de la politique des soins au niveau des l'hôpital.

Le Directeur des Soins organise un véritable « coaching » des Cadres Supérieurs de Santé afin de les accompagner dans la prise en main de cette nouvelle fonction.

Les CSS expriment quelques inquiétudes au regard de la mission de responsable de pôle qui leur est confiée et formulent de nombreux questionnements sur la teneur réelle des attentes de la Direction en matière d'implication, de connaissances, champs d'expertise et « compétences nouvelles ».

Certains CSS pensent ne pas disposer de toutes les aptitudes requises pour mener à bien cette mission : la maîtrise de l'entretien de recrutement, la connaissance du statut, la définition et la mise en place de plans d'actions,

Les Directeurs de Soins (DS), membres de l'équipe de direction, sont très largement concernés par ce défi de la nouvelle gouvernance, qui s'apparente à une révolution culturelle et structurelle. La fonction de DS se voit ainsi modifiée dans ses lignes hiérarchiques et fonctionnelles mais sa place n'en demeure pas moins essentielle notamment par leur rôle de dirigeant au sein du Conseil Exécutif (CE).

Par ailleurs, les DS sont garants de la bonne organisation et de la prise en charge des patients.

Mais cette évolution va nécessiter une adaptation de tous, tant de la part des CSS responsables de pôles que des Médecins Chefs de Pôles et des Responsables Administratifs de l'entité. Certains aspects de la fonction sont renforcés, notamment les fonctions d'expertise et de coordination, et ce d'autant plus que l'autonomie de gestion au niveau des pôles se verra totalement structurée. Il y a une nécessité impérieuse de garantir une cohérence de politique de soins en cohésion avec la politique institutionnelle.

Le DS est l'un des principaux leviers pour promouvoir les nouveaux modes de management et il affirme sa détermination à vouloir accompagner les réformes en cours, manifestant la volonté de maintenir une cohérence institutionnelle en matière de nouvelle gouvernance.

Le DS, disposant réglementairement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des Cadres de Santé, a la responsabilité pleine et entière du schéma d'organisation de l'encadrement paramédical des pôles et de sa mise en œuvre dans le cadre du projet d'établissement.

Ces constats nous amènent à nous questionner sur la conception de la place du Directeur des Soins au sein de la nouvelle gouvernance et l'opportunité qui lui est donnée d'engager un nouveau mode managérial auprès des CSS responsables de pôles.

C'est ainsi que nous émettons la question de départ suivante :

Au regard de la nouvelle organisation interne des hôpitaux, quelles sont les attentes des Cadres Supérieurs de Santé référents de pôles en matière de nouvelles compétences et en quoi le Directeur des Soins a-t-il une opportunité d'initier un nouveau mode managérial ?

Les hypothèses de travail

H1 : Les Cadres Supérieurs responsables de pôle, compte tenu de leurs responsabilités, ont des attentes nouvelles en matière de développement de compétences.

H2 : Dans la nouvelle organisation interne des hôpitaux, le Directeur des Soins a une logique de cohérence inter - pôles.

H3 : L'accompagnement favorise la mise en place progressive de la délégation de gestion.

L'approche méthodologique

La première partie de notre travail consiste à apporter un éclairage théorique des concepts qu'il met en avant. Elle s'adosse sur une recherche documentaire bibliographique afin d'aller plus avant dans l'étayage du constat. Nous nous attacherons tout particulièrement à préciser les concepts d'organisation et de management induits par le nouveau cadrage législatif des hôpitaux.

La deuxième partie est consacrée à l'exploration des hypothèses de travail retenues à travers un ensemble d'entretiens semi-directifs menés auprès de Cadres Supérieurs de Santé, de Directeurs de Soins, de Directeurs d'Hôpitaux et de Médecins responsables de Pôles.

Les résultats feront l'objet d'une mise en perspective afin de formuler des propositions d'actions développées dans une *troisième partie*.

1 L'évolution du mode de gestion des établissements publics de santé

L'hôpital public est un ensemble complexe qui participe à un service public et par définition, de compétence étatique.

Le système hospitalier français et les professionnels qui le font vivre tous les jours se trouvent pris dans un « maelström » de réformes qui remettent profondément en cause ses modes de fonctionnement, ses croyances et, peut-être, ses valeurs fondatrices. La réussite du changement passe d'abord par l'implication de ceux-là mêmes qui doivent le conduire : l'implication de l'encadrement ne pourra résulter que de leur association à la « rénovation » managériale en cours, où les notions de sens, de règles du jeu, d'anticipation, d'engagement et de responsabilité seront totalement prises en compte.

Le concept de gouvernance entend s'inscrire dans la double perspective d'une meilleure utilisation des ressources publiques, mais également de la création de nouveaux espaces d'informations et de communication.

1.1 La mise en place des pôles et la contractualisation interne

Le terme « gouvernance » a été mis au goût du jour à la fin des années 1980 par des économistes anglo-saxons de la Banque mondiale.

Le plan Hôpital 2007 prône une nouvelle gouvernance hospitalière. Il entend réformer en profondeur l'organisation des établissements de soins, notamment en modernisant les pratiques de gestion et en développant les pratiques d'incitation.

1.1.1 Le cadre juridique général

L'**ordonnance du 2 mai 2005** vient couronner un long processus de transformation hospitalière imaginé dès le milieu des années 1980 et traduit dans les textes au début des années 1990. Cette logique s'appuie principalement sur un concept aujourd'hui en vogue : *la gouvernance*. Ce terme employé à tout propos en jouant sur ses ambiguïtés évidentes, se substitue au gouvernement institutionnel.

L'ordonnance du 2 mai 2005 entend simplifier le régime juridique des établissements de santé. La démarche retenue par le gouvernement présente quelques innovations.

Le **10 février 2004**, le comité de suivi de la réforme, réunissant des partenaires ayant accepté le plan Hôpital 2007, est installé. La circulaire du **13 février 2004** relative à la mise en place par anticipation d'une nouvelle gouvernance lance un appel à candidature pour expérimenter de nouvelles techniques de gestion. Une centaine d'établissements sont sélectionnés dans toutes les régions. L'objectif est de disposer d'un texte correspondant à la volonté des acteurs de terrain.

Le texte promulgué le *2 mai 2005* propose une réforme organisationnelle autour de deux axes principaux : une nouvelle répartition des pouvoirs et la mise en œuvre d'une politique de contractualisation.

1.1.2 Les pôles d'activité médicale

Désormais, l'organisation en pôles est obligatoire et laissée à l'appréciation des établissements. La création de pôles est proposée par le Conseil Exécutif (CE) et validée par le Conseil d'Administration (CA). Les Commissions Médicales d'Etablissement (CME) et les Comités Techniques d'Etablissement (CTE) sont consultés. Ce découpage s'applique aux activités cliniques, médico-techniques, administratives et logistiques. Leur dénomination, leur nombre et leur taille sont laissés à la libre appréciation des établissements. Néanmoins, ces pôles doivent être dotés d'une masse critique suffisante pour constituer le support d'une gestion déconcentrée.

1.1.3 Le développement d'une politique de contractualisation

L'ordonnance du 2 mai 2005 modifie de façon substantielle l'organisation des établissements de soins en leur imposant une structuration en pôles. Seuls les hôpitaux locaux échappent à cette obligation.

La mise en place d'un dispositif de contractualisation interne va de pair avec la création des pôles. Le responsable du pôle définit contractuellement avec le directeur de l'établissement et le Président de la CME les objectifs d'activité et de qualité ainsi que les moyens du pôle. Il élabore avec le Conseil de Pôle, un projet. La mise en place du contrat de pôle est suivie d'une évaluation qui doit permettre à l'équipe de direction de revoir les objectifs en cours d'exercice.

Dans les faits, il ne s'agit pas à proprement parlé d'une innovation dans la mesure où l'ordonnance ne fait qu'aménager des dispositions qui existaient déjà pour les centres de responsabilité. Toutefois, cette organisation nouvelle suscite quelques interrogations. En effet, toute la politique de contractualisation interne repose sur les chefs de pôle. Or

cette fonction reste encore, dans les textes, assez floue. Les chefs de pôles ont toute la légitimité pour négocier leurs moyens avec les directions d'établissements tout en respectant les objectifs de maîtrise des dépenses prévus dans les contrats signés entre les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et les établissements.

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

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

« Le succès de la contractualisation nécessite la diffusion d'une nouvelle culture pour penser l'évolution du système hospitalier ¹ ».

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

« Il s'agit de passer d'une logique de « pouvoir de territoire » à celle du « pouvoir projet ».

Cela signifie également passer d'une logique de statut basée sur une hiérarchie pyramidale à une logique de contractualisation basée sur la compétence et les résultats. Ce changement entraîne une modification des rôles et des pouvoirs ² ».

1.1.4 La délégation de gestion

Le responsable du pôle bénéficie d'une délégation de gestion signée par le directeur. Elle est peu explicitée dans les textes. La **circulaire du 19 avril 1997** préconise simplement que l'expression « délégation de gestion » ne correspond pas à une délégation de compétence du directeur (dite également délégation de pouvoir). En

¹ ABBAD J., *Organisation et management hospitalier*, Editions Berger-Levrault Paris 2001 p.54.

² LUTZ S. Réorganisation du système hospitalier en pôles d'activités : quels enjeux et quelles perspectives pour les acteurs de l'organisation ? *CEDREA les cahiers de l'étude des dynamiques sociales et de la recherche action* 7 avril 2006.

d'autres termes, la délégation de gestion ne se substitue pas à la délégation de compétence qui doit être autorisée par des textes spécifiques.

La délégation est, en droit administratif, la décision par laquelle une autorité se dessaisit d'une partie des pouvoirs qui lui sont attribués et les transmet à un subordonné. Dans le cadre de la délégation, deux conditions doivent être remplies : être en accord avec la loi et ne concerner qu'une partie des pouvoirs de l'autorité délégante. Dans son article L-21 le Code de la Santé Publique dispose : « *Les Etablissements Publics de Santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne* » et « *les Centres de Responsabilité (CR) bénéficient de la délégation de la part du directeur* ³ ». La délégation de gestion apparaît comme une expression nouvelle : « *Les juristes connaissaient jusqu'alors les délégations de compétences et les délégations de signatures..a priori la délégation de gestion ressemble fort à une délégation de compétences susceptible - au terme du décret du 18 avril 1997 – d'être assortie à une délégation de signature* ⁴ ». La délégation de signature est le mode d'application de la contractualisation interne. La délégation avec le contrat interne prend une valeur juridique avec la délégation de signature. Mais celle-ci n'est jamais de droit. Il peut y être mis fin à tout moment, discrétionnairement comme le rappelle la circulaire du 21 avril 1997.

1.1.5 La coopération pour moderniser le management : donner du sens

Coopérer c'est au premier sens, travailler avec, c'est-à-dire partager et échanger les connaissances et expériences, écouter et comprendre, donner et recevoir.

Il est plus que jamais nécessaire de donner un sens : le sens qui permet de fixer les orientations et qui permet aux acteurs de savoir où ils vont.

☒ Le sens existe dans le projet d'établissement et dans ses composantes soignantes et sociales.

☒ Le sens est la voie que doivent emprunter les soignants pour garantir la qualité, la sécurité et l'humanité que les usagers sont en droit d'attendre.

☒ Donner du sens c'est éviter de tomber dans le piège du seul « projet-visée » qui ne restera qu'intention, provoquant ainsi la désillusion et le désinvestissement des acteurs.

³ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002, Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 art. 4 III Journal officiel de la République Française, 28 mars 2002 en vigueur le 1^{er} janvier 2003, n° 74.

⁴ HARDY J. « Contractualisation interne et délégation de gestion » *Revue Hospitalière de France*, Novembre-Décembre 1997, n° 6, p.845.

✕ Le sens est le rapport entre les valeurs qui sous-tendent le projet et les actions concrètes permettant sa réalisation.

Pour **P. ZARIFIAN**, il existe une « exigence d’agir en commun soit en partageant l’action soit en s’organisant avant pour faire converger des actions vers un même résultat ⁵ ».

Par conséquent pour coopérer, il faut se connaître à minima, savoir ce qu’on peut attendre de l’autre et se mettre d’accord sur ce qu’on fait ensemble, sur le pourquoi et le comment, le partage du sens.

Et la question du sens est importante car elle permettra au changement de s’opérer. Une direction des soins favorisera d’autant plus l’émergence du sens que son projet de soins aura une valeur pour les équipes dans lequel elles se reconnaissent.

Une nouvelle organisation des soins, une démarche qualité ne sauraient trouver leur place dans une organisation bureaucratique, hiérarchique et cloisonnée. La gouvernance doit permettre cette adaptation, grâce à un regroupement des représentations professionnelles au niveau du CE, une réorganisation de l’offre de soins autour de pôles médicaux et une délégation de gestion permettant la prise d’initiative et l’intéressement.

La première étape, c’est d’abord le partage de l’information, du diagnostic et des choix stratégiques au niveau des dirigeants.

Les conditions dans lesquelles sont établis les termes du contrat sont importantes sur la dynamique de la confiance qui s’instaure progressivement entre les partenaires.

L’ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé contraint les hôpitaux à repenser leur organisation. Le recours à une démarche de contractualisation avec les pôles d’activité doit permettre le développement de la coopération entre les acteurs et favoriser le décloisonnement.

Aussi, le Directeur des Soins, au regard du principe de subsidiarité qui est l’esprit même de la gouvernance, va devoir adopter un management déconcentré dans la mise en œuvre de la politique de soins au sein des établissements de santé.

⁵ Intervention de P. ZARIFIAN, professeur de sociologie à l’université de Marne la Vallée – sur le thème de « La coopération dans le travail » - Journée du 25 juin 2005 – Institut de Formation des Cadres de Santé du CHU de Dijon.

Ce management, qui doit permettre d'affronter l'incertitude et la complexité, exige que nous passions « d'une logique d'obéissance à une logique de responsabilité...d'une logique de la pyramide à une logique de réseau ⁶ » et induit un mode d'organisation coopératif.

1.2 L'évolution de la Direction des Soins et du rôle du Directeur des Soins

Les récentes évolutions réglementaires ont conforté le Directeur des Soins sur une transversalité des soins au sens large qu'ils soient infirmiers, médico-techniques ou rééducateurs.

Depuis la **loi n° 91-748 du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière, les infirmiers généraux occupaient la Direction du Service de Soins Infirmiers (DSSI), direction fonctionnelle placée sous l'autorité du chef d'établissement, et étaient reconnus comme membres de l'équipe de direction.

Le DSSI élabore le projet de soins, partie intégrante du projet d'établissement, et préside la Commission du Service de Soins Infirmiers.

De nombreux facteurs, d'ordre politique, social et culturel, vont progressivement influencer cette « jeune » direction et la réforme de 1996, qui place l'utilisateur au centre des préoccupations, vont poser les premières pierres de la nécessaire évolution de la fonction.

« Dans une époque de turbulence où règnent, de façon alternative, espoir et craintes, une réflexion prospective est nécessaire sur la direction du service de soins infirmiers du 21^{ème} siècle ⁷ ».

Le **décret du 19 avril 2002** ⁸ portant statut particulier du corps des Directeurs des Soins de la fonction publique hospitalière a modifié les contours de la profession. Il crée le corps des Directeurs des Soins avec trois filières – infirmière, médico-techniques, rééducation – et intègre les directeurs d'école paramédicale dans ce même corps. Il

⁶ SERIEYX H., *Le zéro mépris*. Paris : Inter Editions, 1995, p.17.

⁷ DUBOYS-FRESNEY. C. *Objectifs Soins* n° 84 ; Le cahier du management p.2.

⁸ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

légitime une nouvelle fonction, celle de coordonnateur général des soins qui impose de coordonner les différentes activités paramédicales au bénéfice des usagers des établissements de santé. De ce fait les Directeurs des Soins ont vu leur champ de compétence évoluer.

« *L'objectif de ce texte est de promouvoir une coordination générale des soins, de décloisonner les activités, de valoriser les complémentarités pour dégager une plus-value en terme de qualité, qu'il s'agisse des soins, de l'imagerie, de la pharmacie...*⁹ ».

Cette évolution va dans le sens d'une pluridisciplinarité des soins avec un management plus ouvert. Elle apparaît en totale adéquation avec la mise en place des pôles qui vise à repenser la prise en charge globale des patients en harmonisant les pratiques et les procédures par une utilisation optimale des moyens.

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

Selon la taille des établissements, le nombre de Directeurs des Soins est variable ; par exemple, un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) en comprend plusieurs dont un Coordonnateur Général des Soins.

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

1.2.1 Le nouveau positionnement du Directeur des Soins

Les missions et l'expertise du Directeur du Service de Soins font de lui un interlocuteur privilégié du directeur d'établissement pour analyser les portées de mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, tout particulièrement en ce qui concerne de la mise en place des pôles.

⁹ FELMANN A., Annoncés le 19 avril, les directeurs des soins sont arrivés. *Revue de l'infirmière*, Juin 2002, n° 82, p.6.

Afin d'aller plus avant dans la compréhension du nouveau positionnement du Directeur des Soins et la place prépondérante qu'il occupe dans la nouvelle organisation des hôpitaux, nous évoquerons le parcours réalisé par ce « *pionnier de l'organisation des soins infirmiers* ».

De l'Infirmière Générale au Directeur des Soins

L'évolution des prestations hospitalières et l'augmentation du nombre des professionnels soignants dans les années 1970 vont inciter l'organisation hospitalière à se doter d'un personnel d'encadrement issu de la filière infirmière.

Le **décret du 11 avril 1975** concrétise cette fonction de responsabilité des soins infirmiers en créant l'emploi et la fonction d'Infirmier Général qui a à la fois une mission de conseil et d'expertise dans le domaine des soins et assure l'interface entre l'équipe de direction, dont il est membre, le corps médical et les équipes soignantes.

Le **décret du 18 octobre 1989** va définir de façon précise les missions des Infirmiers Généraux et leur responsabilité dans l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers¹⁰.

La **loi du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière crée la fonction de Directeur du Service de Soins Infirmiers (DSSI) dont la responsabilité est confiée à l'infirmier général.

Le **décret du 19 avril 2002** crée un corps de directeur de soins et nécessite ainsi un positionnement nouveau des « infirmiers généraux ». Il s'agit désormais d'assurer la coordination de l'ensemble des soins paramédicaux.

Cette approche réglementaire est un acte important au service d'une ambition : l'amélioration de la coordination de la prise en charge des patients dans un contexte d'évaluation de la qualité et d'évolution des structures de l'organisation hospitalière.

« Cette direction ne devra-t-elle pas être axée sur le futur et se focaliser sur des objectifs, sur une planification stratégique, être favorable à la prise de risques, à la créativité et à l'innovation, à de nouveaux comportements¹¹ ».

Le service de soins, considéré comme une entité de l'organisation hospitalière, dispose d'une ligne hiérarchique clairement identifiée, à laquelle appartiennent également les Cadres Supérieurs de Santé. Ces professionnels, dont le rôle s'est énormément professionnalisé au cours des années, occupent une place déterminante dans la mise en œuvre des projets de l'hôpital et participent activement à son évolution.

¹⁰ Article 2 du décret n° 89-758 du décret du 18 octobre 1989.

¹¹ DUBOYS-FRESNEY. C. *Objectifs Soins* n° 98 ; Le cahier du management p.3.

1.2.2 Les Cadres Supérieurs de Pôles : des acteurs du changement

La reconnaissance d'une fonction se fait par rapport à un statut qui constitue la base juridique de son exercice.

Le terme de « surveillante chef » apparaît pour la première fois dans **l'article 13 du règlement modèle du 5 juin 1938** relatif à l'organisation de la psychiatrie.

Le décret n° 891 du 27 avril 1943 stipule : *« les surveillants et les surveillantes dirigent les infirmiers (ères) et le personnel de service sous l'autorité du directeur (...) pour les questions administratives et sous l'autorité du médecin chef de service pour les soins à donner aux malades ».*

Ce texte permet de voir apparaître une position de la fonction de cadre supérieur sous une double autorité, à la fois administrative et médicale. Cette double appartenance dans l'histoire reste-t-elle vécue aujourd'hui comme un frein à l'exercice de cette fonction ou au contraire les cadres supérieurs doivent-ils y voir une opportunité d'être à une place charnière entre deux logiques, parfois différentes, mais néanmoins complémentaires ?

Ce n'est que trente ans plus tard que la fonction est réglementée par les **décrets n°62-132 du 2 février 1962 et n° 69-281 du 24 mars 1969**. Ils officialisent une fonction perçue comme indispensable pour améliorer l'encadrement de l'activité du service infirmier qui tend de plus en plus à se spécialiser et à se diversifier.

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

Les missions du Cadre Supérieur sont définies dans la **lettre circulaire n° 30 du 20 février 1990**. Cette lettre circulaire, à l'initiative de G.VINCENT Directeur des Hôpitaux, est le résultat d'un travail d'un groupe de représentants professionnels. Elle précise : *« l'importance mais aussi les difficultés de leur position, ainsi que la nécessité de clarifier leur mission et leur rôle et de faire en sorte qu'ils soient, d'une manière générale, mieux reconnus dans leur fonction d'encadrement ».*

Le **décret du 18 décembre 1991**¹² réaffirme les fonctions du cadre supérieur qui sont déclinées selon quatre domaines d'activité : la technicité (le soin, la gestion, la formation des stagiaires, la recherche), l'information, la relation et la communication, la contribution économique.

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

Ce texte laisse apparaître deux notions essentielles : la mise en œuvre de la politique de soins et la notion de transversalité.

Par ailleurs, dans la **nomenclature des emplois type**¹³, on retrouve la fonction de CSS positionné dans la famille des soignants et dans la sous famille de l'encadrement soignant. Les missions y sont ainsi définies : « *Dans le cadre du projet d'établissement, le surveillant chef participe avec le ou les chefs de service, l'infirmier général et l'encadrement dont il est responsable, à l'élaboration des objectifs de son secteur. Il est responsable de l'harmonisation, de la coordination des moyens de plusieurs unités. (...) Il peut être chargé plus particulièrement de l'amélioration de la qualité des prestations offertes par l'ensemble de l'établissement dans l'un des domaines de sa technicité (soins, organisation, hygiène,...)* ».

A travers ce texte, le Cadre Supérieur est situé dans un organigramme hiérarchique, le positionnant entre l'Infirmier Général et le Cadre, il précise la notion de collaboration avec le corps médical, il confère au surveillant chef une expertise.

La notion de transversalité est réaffirmée dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière élaboré en 2004. Le champ d'action du Cadre Supérieur de Santé (CSS) y est défini comme le niveau d'encadrement intermédiaire, entre le niveau stratégique et le niveau de proximité. A ce niveau et dans le domaine de la coordination et de la transversalité, les activités de management consistent à la gestion, la

¹² Décret n° 91-1271 du 18 décembre 1991 portant statut particulier des personnels infirmiers surveillants chefs des services médicaux de la fonction publique hospitalière.

¹³ Nomenclature des emplois type de l'hôpital, Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. Direction des Hôpitaux, Editions ENSP Rennes 1990.

coordination et l'animation d'activités ou de projets transversaux, en relation avec d'autres services.

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

Durant ces dernières années, la fonction de Cadre Supérieur de Santé s'est certes clarifiée mais pour autant, les modalités d'exercice et les perspectives d'évolution de cette fonction ne sont pas précisées dans les textes réglementaires. La réorganisation interne des hôpitaux en pôles d'activité et la place que les chefs d'établissements accordent aux CSS dans le « triumvirat médical, soignant, administratif » de pilotage du pôle ont une incidence sur le positionnement des CSS et sur la clarification de leurs missions.

De ce fait, les Cadres voient leur position et leur fonction consolidées aux côtés du chef de pôle. Le DS, comme toute l'équipe de direction, doit clarifier, prendre en compte leur place dans le management global de la Direction des Soins au sein de l'institution.

« La création des pôles donnera une place majeure au cadre supérieur. Il doit en profiter...donc allons-y pour la nouvelle gouvernance, qui harmonisera le pôle... Etre cadre supérieur c'est être cadre conciliateur... »¹⁴.

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

1.2.3 La nouvelle Commission des Soins

L'article L. 6146-9 CSP substitue une Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) à la Commission du Service des Soins Infirmiers (CSSI) créée par la **loi n° 91-748 du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière. Les attributions de cette instance ainsi que ses règles de composition, d'organisation et de

¹⁴ SANJULLIAN M., La nouvelle gouvernance et le cadre supérieur, *Objectif soins* n° 142 janvier 2006.

fonctionnement sont définies par le **décret** susvisé du **26 décembre 2005** (JO du 28/12/05) sous les articles R. 6146-50 à R. 6146-60 du CSP.

Le directeur des soins (coordonnateur général des soins) préside la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques. Cette commission est consultée sur :

- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- la recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation de ces soins,
- l'élaboration d'une politique de formation,
- l'évaluation des pratiques professionnelles,
- la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins,
- le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement.

Cette instance voit son champ de responsabilité élargi, notamment en matière de politique qualité et dans l'organisation interne de l'établissement (dont la constitution des pôles).

Il convient de faire apparaître la nouvelle Commission de Soins infirmiers non comme une création nouvelle, mais comme une instance ayant subi une évolution notable. Cette évolution est plus importante qu'il n'y paraît.

Si elle traduit en parallèle une évolution transformant le Directeur du Service des Soins Infirmiers (les termes juridiques ont leur importance) en Directeur de Soins Infirmiers, Médico-Techniques et de Rééducation, cette commission certes voit ses compétences étendues, mais surtout son inscription dans une nouvelle relation entre la Commission Médicale d'Etablissement, le Comité Technique d'Etablissement et le Conseil d'Administration, et également entre ces instances et le directeur.

1.3 La transformation des pratiques managériales et mise en place d'une hiérarchie fonctionnelle

Dans une institution dont la finalité est d'être à l'écoute de l'autre, « de prendre soin », prendre soin du management, c'est pleinement construire son avenir.

Parler d'évolution pour le management revient à s'interroger sur les nouvelles formes d'organisation du travail, mais aussi sur le rapport que chacun de nous entretient avec le travail. Après tout, si le changement est permanent, ce n'est plus un changement mais une donnée objective de l'environnement à intégrer dans sa pratique professionnelle. La première des conséquences pour le manager est finalement d'apprendre à apprendre et, peut-être, aussi à désapprendre.

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière identifie trois niveaux concernant les métiers de management : proximité, intermédiaire et stratégique.

Le management de proximité concerne les cadres de santé. Cela se traduit par la gestion d'une unité, d'une équipe de soins, avec des patients, des équipements. L'horizon est celui du court terme et l'objectif général est de produire une prestation de soins accompagnée d'un souci d'efficacité. Nous sommes dans l'opérationnalité.

Le management intermédiaire, avec les cadres supérieurs de santé, évolue avec la structuration en pôles. Leur place à côté des responsables de pôles, induit à la fois « ...une fonction de régulation (contrôle et arbitrage des unités) et une fonction plus stratégique d'impulsion des orientations médico-soignantes du pôle¹⁵ ».

Le management stratégique, constitué par les directeurs de soins : « La place et le rôle des directeurs de soins sont sans doute à redéfinir ...La fonction hiérarchique, moins pertinente dans une structuration polaire où le centre de décision se déplace, doit sans doute évoluer vers une fonction, à la fois stratégique (impulsions des politiques, renforcement des liens avec le projet médical, création ou développement de réseaux de soins...)»¹⁶ ».

1.3.1 Les fondements du management

Le management trouve ses fondements dans des approches conceptuelles différentes, mais complémentaires. La définition du management, évoquée dans les travaux de Henri FAYOL au début du siècle dernier, regroupe cinq fonctions : la planification, l'organisation, le commandement, la coordination et le contrôle.

H. MINZBERG, en 1973, confère trois sortes de rôles à la fonction managériale :

☒ un rôle interpersonnel, avec d'autres personnes et groupes qui ont une incidence sur la position et l'autorité du manager.

¹⁵ COUDRAY M.A., BARTHES R., Le management hospitalier à la croisée des chemins. *Gestions hospitalières*, Janvier 2006, p.18.

☒ un rôle informatif, car il reçoit et transmet l'information. Il doit la partager et sélectionner les personnes qui en bénéficieront le plus directement.

☒ un rôle décisionnel qui peut être très varié avec des incidences profondes.

Pour **KATZ** (1955), la description du management est avant tout basée sur des capacités, que les managers doivent avoir pour réussir. Selon lui, les capacités sont des aptitudes qui peuvent être développées et se manifestent concrètement dans les résultats. Elles ne sont pas nécessairement innées. La personne qui les possède les utilise pour atteindre ses objectifs. Le management exige trois sortes de capacités :

☒ des capacités techniques impliquant des connaissances spécifiques. Elles supposent des aptitudes à l'analyse.

☒ des capacités humaines, afin de pouvoir travailler au sein d'un groupe, participer à un effort conjoint visant à réaliser, avec la plus grande efficacité, des buts communs.

☒ des capacités conceptuelles, permettant d'avoir une vision globale, de percevoir les imbrications entre les différentes composantes d'une organisation et l'incidence que les changements dans l'une auront sur les autres.

Cependant, l'importance relative de ces capacités varie en fonction de la position dans l'institution. En effet, si dans les services, les Cadres de proximité font souvent appel à des capacités techniques, ces mêmes capacités serviront plus rarement au sommet de la hiérarchie. A ce niveau, les Cadres Supérieurs devront certes, continuer à faire la preuve de leurs capacités humaines, mais avant tout faire appel à leurs capacités conceptuelles.

1.3.2 La nouvelle répartition des rôles et des pouvoirs pour le Directeur des Soins

Le passage d'une organisation selon une hiérarchie pyramidale à un fonctionnement basé sur le conseil et l'expertise dans laquelle la notion de hiérarchie a disparu, bouscule tous les repères. Cette nouvelle organisation doit constituer une opportunité pour réaffirmer ce pourquoi la Direction des Soins a été créée et non pour relancer un faux débat de prise de pouvoir qui ne conduit qu'à des luttes stériles. Le patient et la qualité de sa prise en charge représentent la principale préoccupation du directeur des soins. Toutes ses actions convergent vers cet objectif.

¹⁶ Ibid. p. 19.

H. MINTZERG définit le pouvoir comme étant « tout simplement la capacité à produire ou modifier les résultats ou effets organisationnels ¹⁷ ».

L'organisation en pôles d'activité et la contractualisation interne redistribuent les responsabilités entre les professionnels et tout particulièrement vers ceux qui sont en charge de ces structures afin de mieux répondre aux besoins des usagers et d'optimiser les ressources qui leur sont confiées.

Le pouvoir lié au niveau décisionnel des acteurs, à leur capacité à détenir de l'information utile à l'institution et à leurs marges de manœuvre, fait de ces professionnels des acteurs stratégiques.

Le Directeur des Soins, au même titre que les directeurs adjoints, devra prendre en compte l'évolution des relations professionnelles que cela induit. Il conduira sa réflexion et son action en s'appuyant sur des démarches projet et développera ses capacités d'animation et de conviction dans un cadre plus fonctionnel que hiérarchique.

C'est la compréhension de ces enjeux, la prise de conscience de son système de représentation et la recherche active d'un positionnement adapté et contributif qui permettront au DS d'aborder ce changement avec sérénité et efficacité.

1.3.3 Le management par les compétences

Manager c'est identifier, gérer et mettre en synergie des compétences.

La compétence constitue la possibilité individuelle et/ou collective de construire, de mobiliser et d'appliquer des savoirs pertinents en réponse à une situation professionnelle donnée.

« La compétence requise est celle qui figure dans les référentiels de compétences. La compétence réelle est celle qui est construite par chaque personne ¹⁸ ».

Parmi les savoirs mobilisés dans la construction de la compétence, il est important de distinguer les savoirs théoriques constitués de connaissances, les savoirs d'action issus de l'expérience et de la pratique, et les savoirs de processus qui caractérisent le professionnalisme des cadres.

¹⁷ MINTZERG H., *Le pouvoir dans les organisations*. Les Editions d'Organisation, 1986. p. 39.

¹⁸ LE BOTERF G. De quel concept de connaissance avons-nous besoin ? *Soins Cadres*. N° 41. Février 2002. p. 21.

Les savoirs de processus permettent de diagnostiquer, élaborer une réflexion stratégique, construire l'action, réguler... C'est le « savoir - agir et réagir » dont parle LE BOTERF et c'est aussi celui qui doit être mobilisé par les Cadres qui travaillent sur et avec le travail des autres. Manager, c'est encore clarifier les missions, les indicateurs de réussite et le degré de contribution de chacun des collaborateurs. Mais il s'agit, pour détecter et développer les compétences de travailler sur les actes et les faits plutôt que sur les personnes.

Ce sont donc des aptitudes à l'accompagnement et à la construction qui s'avèrent efficaces, bien plus que les injonctions.

1.3.4 Le management par projet

De nouvelles organisations amènent de nouvelles définitions de fonctions, nous imaginons que de nouvelles mises en perspective du travail des acteurs conduisent à centrer le management des hommes autour de formes d'interaction entre eux. La démarche projet offre une ouverture sur l'environnement, une anticipation dans l'analyse prospective, le sens de la réactivité structurelle : conception globale, moyens de communication et de comportement : professionnels formés, volonté politique.

Le management par projet est un mode de management qui tend à organiser l'ensemble des activités d'une institution selon une approche projet. Il vise à atteindre l'efficacité en généralisant la planification et l'évaluation des actions en s'appuyant sur les compétences plutôt que sur les statuts. Conduit sur un mode participatif, ce type de management affiche une volonté de s'appuyer sur la mobilisation du plus grand nombre de personnels à partir d'un fonctionnement transversal. Il vise à rapprocher les logiques des différents métiers source d'amélioration et de décloisonnement de l'organisation.

L'avènement de ce type de management est selon Christian CHAUVIN et Michel CREMADEZ identifié comme un management « flexible ». Il s'appuie sur la compétence et a pour intérêt de mobiliser pour sa réalisation les hommes et les moyens. Ce système devient une invention permanente des solutions les plus adaptées aux situations.

2 L'étude, les résultats et la synthèse

« *La recherche est un chemin qu'on trouve dans le partiellement connu, le mal connu, ou l'inconnu, pour en savoir plus et à plus ou moins long terme, pour se donner de meilleurs moyens d'action*¹⁹ ».

2.1 La méthodologie de l'enquête

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

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

Un second temps est dédié à une enquête auprès des professionnels concernés afin d'approfondir et d'enrichir notre analyse et peut être d'appréhender le sujet sous un autre regard.

Nous resituerons les objectifs de notre travail puis présenterons successivement l'outil de recueil d'informations retenu, le terrain de l'enquête, les personnes interviewées, les points de progrès et les points forts de l'enquête et en dernier lieu le traitement des données.

2.1.1 Les objectifs de notre travail d'enquête

Nous allons procéder à la restitution de cette enquête. Notre objectif est de répondre à notre questionnement relatif aux attentes des Cadres Supérieurs de Pôles en termes de nouvelles compétences et à l'opportunité offerte au Directeur des Soins d'engager un nouveau mode managérial.

Nous déclinons trois hypothèses de travail :

H1 : Les Cadres Supérieurs référents de pôle, compte tenu de leur responsabilités, ont des attentes nouvelles en matière de développement de compétences.

H2 : Dans la nouvelle organisation interne des hôpitaux, le Directeur des soins a une logique de cohérence inter - pôles.

¹⁹ PERRIER J., A quoi sert la recherche dans le domaine des soins infirmiers , *Revue Association suisse des infirmiers et infirmières*, mars 1980.

H3 : L'accompagnement favorise la mise en place progressive de la délégation de gestion.

2.1.2 L'outil de recueil de données

Notre enquête a été réalisée par le biais d'entretiens semi-directifs²⁰. Le choix de cet outil est lié à la recherche des représentations et des valeurs des personnes interrogées concernant leurs attentes en termes de compétences mais également en termes de questionnements divers et d'inquiétudes.

Les entretiens ont une durée moyenne de 45 minutes et n'ont fait l'objet d'aucun enregistrement mais nous avons eu la volonté de rapporter le plus fidèlement possible les propos des personnes interviewées.

Il est à noter que nous avons pris le temps, au cours de nos stages, de rencontrer les personnes concernées par ces entretiens semi-directifs, à l'occasion d'échanges informels ou lors de réunions institutionnelles. Cela explique sans doute le climat chaleureux et spontané des personnes, a priori sans autocensure.

Nos différentes grilles d'entretien²¹ ont été élaborées au regard de notre problématique, et déclinées en corollaire aux hypothèses retenues.

2.1.3 Le terrain de l'enquête

Le projet d'enquête a été présenté aux deux établissements retenus qui ont donné leur accord pour sa réalisation.

Nous avons jugé opportun de mener notre étude dans des établissements de statut ou d'organisation différents : un Etablissement Public de Santé (EPS) de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP) et un EPS. Ces deux établissements se trouvent en Ile De France et respectivement situés à Paris et en banlieue.

Les objectifs, les logiques de regroupements, les organes décisionnels et les instances du pôle sont sensiblement identiques d'un établissement à l'autre.

Il est à noter que les établissements ont été précurseurs dans la mise en place des pôles et qu'après avoir fonctionné pendant quelques années en fédérations, ils ont accueillis avec ferveur la mise en place de pôles notifiée dans la réforme.

²⁰ Cf. Annexes 1, 2 et 3. Grilles d'entretien.

²¹ Cf. Annexes 1, 2 et 3. Grilles d'entretien

2.1.4 Les personnes interviewées

Cette analyse sera confrontée aux différents acteurs qui interviennent dans le management de la nouvelle organisation en pôles : chefs d'établissement, directeurs de soins, cadres supérieurs de pôles et médecins responsables de pôles.

A) Les critères de choix

Les critères de choix se justifient par le recueil d'expériences et de réflexions auprès d'acteurs ayant un rôle à des niveaux différents dans la gestion et le management dans le cadre de l'organisation en pôles.

Eu égard au rôle très polyvalent du Directeur des Soins, il nous a paru intéressant de croiser le point de vue de ces derniers avec *le regard porté* par les professionnels administratifs, médicaux et soignants sur *son management*.

B) L'échantillon des personnes interviewées

Les catégories professionnelles enquêtées sont :

- Les Directeurs Généraux (2)
- Les Directeurs de Soins (4)
- Les Cadres Supérieurs de pôles (4)
- Les Médecins Chefs de Pôles (2)

Soit un total de douze personnes interviewées sur deux établissements.

2.1.5 Les points de progrès et les points forts de l'enquête

Cette démarche ne constitue en rien une recherche exhaustive. Les données recueillies sont d'ordre qualitatif et mettent en évidence les faits les plus marquants de l'organisation en pôles après six mois d'existence, du point de vue des douze personnes interviewées, avec les limites et la subjectivité propre à chacun. Les entretiens ont permis un recueil d'informations riches et diversifiées.

2.2 Les résultats et l'analyse des entretiens

La méthode retenue est la suivante :

✎ **De chaque entretien**, ont été retenues les idées forces en lien avec le cadre conceptuel et notre problématique. Le choix d'une étude qualitative nous a conduits à employer régulièrement des citations des personnes rencontrées plutôt que de résumer leurs commentaires. A ceci, ont été rajoutés les mots clés employés par ces mêmes personnes regroupant une catégorie d'idées homogènes, ainsi que des citations.

✎ **L'anonymat** est préservé et chaque commentaire cité est traité en mode italique et transcrite entre guillemets ;

✎ **Les aspects** quantitatifs ne sont évoqués que lorsqu'ils apparaissent significatifs.

Les résultats ont été exploités selon six thématiques émanant des trois guides d'entretiens :

- L'hôpital structuré en pôles : opportunités et risques potentiels,
- La contractualisation interne et la délégation de gestion : avantages et limites du système,
- Le management du Directeur des Soins dans une organisation en pôles : logique de cohérence inter pôles,
- Le point de vue et les attentes des Cadres Supérieurs de pôles ou comment affirmer de nouveaux pouvoirs ?
- Le point de vue et les attentes du Chef d'Etablissement,
- Le point de vue et les attentes des Médecins chefs de pôles.

2.2.1 L'hôpital structuré en pôles : opportunités et risques potentiels

Fondamentalement, quelles que soient les difficultés mis en avant par les personnes interviewées ou les termes dans lesquels elles les expriment sciemment ou spontanément, l'organisation en pôles suscite au sein de la communauté hospitalière les résistances qu'engendrent inéluctablement le changement et la crainte de voir remis en question des situations acquise ou un mode de fonctionnement qui tire sa légitimité de sa pérennité.

Ici, la commission médicale d'établissement percevra le Conseil Exécutif comme une structure concurrente dont l'existence porterait en elle sa disparition. Là, l'alliance de la direction et de la commission médicale d'établissement au sein du conseil exécutif sera considérée comme le symbole d'une connivence entre une partie du corps médical et

l'administration et de cette conviction naîtra une méfiance généralisée à l'égard de la réforme.

Cette organisation nouvelle, si elle paraît claire dans les projets d'établissement, demande des délais d'appropriation par les acteurs. « *Les pôles s'installent progressivement, au gré des volontés des médecins, des soignants et des directeurs* » (un Cadre Supérieur de Pôle : CSP).

L'organisation en pôles ne doit pas rester un effet mode mais doit répondre à de réels besoins de se centrer sur les personnes hospitalisées sans oublier de prendre en compte ce qu'elle génère en complexité.

Le fait de conserver les services semble être un passage obligé pour les directeurs et les médecins interviewés mais certains considèrent que les pôles auront du mal à vivre tant que les services (et leur chef de service) continueront à être des interlocuteurs directs du directeur. Il y a un élément paradoxal qui consiste à changer tout en continuant à « faire comme avant.. ».

De même que les Cadres Supérieurs de Pôles n'ont pas perdu de temps à se situer comme des interlocuteurs privilégiés du directeur d'établissement, pour peu que leurs doléances auprès du directeur de soins ne fassent l'objet d'une réactivité de la part de ce dernier ... « *on peut se retrouver en quelques mois, complètement évincé* » (un Directeur de Soins : DS).

L'organisation en pôles favorise le décloisonnement, optimise la prise en charge des patients mais elle crée des niveaux supplémentaires et de ce fait, elle augmente la complexité et engendre des peurs et des incertitudes. « *Nous sommes attentifs à la manifestation de ces incertitudes* » (un DS).

Pour la majorité des personnes rencontrées les freins à la bonne organisation du pôle sont liés au facteur humain et font référence aux cultures professionnelles et aux groupes d'appartenance.

Les Cadres responsables de pôles expriment la crainte d'une tendance à une certaine forme d'indépendance, avec un risque de cloisonnement et une division des pôles à partir d'une logique de territoire. Les pôles construits et évoluant sur une logique territoriale peuvent développer des stratégies d'autonomisation. C'est aucun doute le risque le plus important d'échec de l'articulation entre la gestion opérationnelle des pôles et la gestion stratégique de l'établissement.

La finalité d'une organisation en pôles est de simplifier l'organisation et d'avoir une cohérence de prise en charge des patients, il ne s'agit pas de rajouter des entités supplémentaires qui viendraient alourdir une organisation suffisamment complexe.

2.2.2 La contractualisation interne et la délégation de gestion : avantages et limites du système

les avantages

L'objectif de modernisation de la gestion hospitalière découle de deux préoccupations. L'une d'ordre éthique consiste à améliorer la qualité des soins dans un souci de prise en charge globale, dans le respect des objectifs de santé publique et des missions du service public. L'autre d'ordre structurel consiste à maîtriser les dépenses de santé dans un contexte de restriction budgétaire.

Ces deux orientations traduisent bien la notion économique d'efficacité du système de soins qui exprime la préoccupation d'amélioration de la qualité des soins au moindre coût. Ceci est en faveur d'une contractualisation interne mobilisatrice des professionnels autour de projets visant le rapprochement de trois sphères hospitalières. « *Cette mobilisation doit être source d'efficacité en faveur du patient* » (un CSP).

De façon très pragmatique, « *la délégation de gestion avec le principe de subsidiarité permet aux équipes soignantes d'alléger le poids administratif du fonctionnement courant de l'hôpital. Il optimise la réactivité en raccourcissant les circuits de la prise de décision* » (un DS).

La démarche de contractualisation interne s'appuie sur une démarche participative de type projet avec comme objectif de rapprocher la décision de gestion au plus près du lieu de la prise de décision nous dit un directeur de soins. La philosophie et les concepts de la démarche projet généralisés à l'ensemble de l'institution hospitalière depuis la *loi du 31 juillet 1991*, se prêtent particulièrement bien à la mobilisation de professionnels d'origines différentes.

L'hôpital peut avantageusement en tirer partie avec la diffusion d'une nouvelle logique managériale à partir d'un management de type participatif. En effet « *le management par projet est un mode de management qui vise à atteindre l'efficacité s'appuyant sur les compétences. A partir d'une réelle participation, il associe l'ensemble des professionnels hospitaliers dans la conception, la conduite et l'évaluation des projets. Elle intéresse l'aspect transversal de l'organisation* » (un DS).

Un Directeur des Soins nous confie : « *la philosophie du contrat tel qu'il est mis en place à l'hôpital, relève davantage d'une démarche d'objectifs négociés sur une base budgétaire définie que du contrat de type privé (absence de pluralité de parties)* ». Néanmoins, la formalisation d'un contrat entre les deux parties soude la confiance entre les interlocuteurs qui se renforce lorsque le contrat est respecté. La confiance est l'élément fondateur du contrat.

On note également la volonté de l'institution hospitalière d'appréhender cette démarche selon une approche pédagogique.

Ainsi la démarche de contractualisation interne, réalisée de manière volontaire et non contrainte par l'établissement constitue pour l'ARH un gage de renforcement d'autonomie de gestion pour l'hôpital. *« Les autorités de tutelle apprécient la capacité des établissements à prendre des initiatives dans le changement de leur mode de gestion et de leurs pratiques. Ceci constitue un réel avantage non négligeable lors de négociations de projets avec l'agence »* (un Directeur Général : DG).

Certains DS considèrent la délégation de gestion comme une véritable innovation qui devrait guider la philosophie de management des équipes et la place comme une priorité : *« Actuellement nous poursuivons à la direction des soins un travail sur la définition de règles et d'un périmètre de délégation de gestion qui doit aboutir à la réalisation d'une cartographie de l'ensemble des délégations répertoriées. Ce travail représente pour nous un nouveau champ de gestion à explorer »* (un DS).

les limites du système

Un certain nombre de freins sont constatés et sont en grande partie liés à la représentation que les acteurs ont des fonctions des professionnels exerçant à l'hôpital ainsi que des informations dont ils disposent. *« Nombreux sont les médecins à penser que l'incompétence des administratifs a conduit le ministère à confier la gestion aux seuls professionnels capables d'être à même de juger de l'opportunité d'une dépense »*. (un Médecin Chef de Pôle : MCP).

En ce qui concerne l'aspect gestion, un directeur relate *« que les médecins sont là pour exercer leur art. Même chose pour le personnel paramédical qui doit prendre en charge le patient dans des conditions de qualité et de sécurité optimale. Un médecin ne peut pas devenir un gestionnaire, sinon il n'est plus médecin. Il exerce un autre métier »*.

Si la contractualisation interne est quelque part synonyme de rationnement des ressources, elle implique nécessairement les soignants. En effet *« la conduite du processus de prise en charge reste un problème pour lequel l'expertise des soignants est incontournable. C'est pour cela qu'elle impose l'invention de nouvelles pratiques de gestion »* (un MCP).

La contractualisation interne doit obligatoirement passer par les professionnels de soins *« d'autant que les personnels administratifs investissent peu dans la connaissance des pratiques médicales et de l'organisation des soins »*. (un DS).

Les chefs d'établissements pensent d'un commun accord que les décisions d'ordre politique et stratégique doivent rester au niveau de la direction.

Il ne faut pas tout déconcentrer. *« Le principe de fongibilité des dépenses peut laisser imaginer que les dépenses de personnel soient utilisées pour des dépenses médicales. Hors, ceci n'est pas envisageable, car c'est la porte ouverte à l'anarchie et à un risque d'utilisation des ressources pour satisfaire la « secrétariat-médico mania » (un DG).*

En revanche, une réflexion sur les possibilités de déconcentrer la Gestion des Ressources Humaines peut être envisagée notamment sur la gestion de la formation et des mensualités de remplacements. La GRH est un sujet extrêmement sensible qui doit faire l'objet d'une réflexion éminemment stratégique afin qu'elle puisse être intégrée dans le dispositif organisationnel. Ce qui revient de manière récurrente à travers l'ensemble des interviews et quel que soit, le groupe de professionnels, c'est la nécessité de déconcentrer la gestion en contractualisant. *« Si l'on ne veut pas que la déconcentration reste de l'ordre du discours, il faut qu'elle soit contractualisée. L'aspect primordial est la confiance gage de l'engagement et du respect du contrat » (un MCP).*

✂ le contrat interne mais surtout la délégation de gestion : de nouveaux outils pour le DS

La contractualisation interne et la délégation de gestion sont fréquemment citées comme de nouveaux outils de management avec cependant quelques interrogations : *« Que va-t-on déléguer exactement ? La délégation s'accompagne de contrôle...aussi je trouve normal que les CSP rendent des comptes..et je ne sais pas si tous les CSP ont réellement mesuré la portée des délégations.. » (un DS).*

Un DS nous confie que la délégation est nécessaire pour que le management soit en phase avec le principe de subsidiarité.

Du point de vue des DS rencontrés, la composante qui caractérise le plus ce dispositif de délégation et celle qui a trait à la gestion des ressources humaines et en particulier le personnel non médical. Nous retrouvons par ordre décroissant, un intérêt manifeste pour les thématiques suivantes :

- recrutement,
- l'évaluation des personnels,
- les mensualités de remplacement,
- la formation continue en dehors des actions institutionnelles qui restent centralisées,
- certains axes du projet de soins,
- la politique de mobilité,.

La DHOS a publié un document en juillet 2006 qui expose les principaux aspects de l'organisation et du fonctionnement des établissements de santé²². Se trouvent ainsi déclinées le type de délégations de gestion qui peuvent être accordées aux responsables du pôle tout en précisant que le directeur à une grande latitude d'appréciation :

- pour ce qui concerne les délégations de gestion ne revêtant pas la forme d'une délégation de signature : les mensualités de remplacement, de matériels, de consommables.... En fait la délégation consiste à attribuer aux responsables de pôles les marges de manœuvre nécessaires au bon fonctionnement de leur pôle.
- pour ce qui concerne la délégation de gestion et la délégation de signature : le recrutement du personnel de remplacement du pôle (sans possibilité de renouveler les contrats), le changement d'affectation des agents du pôle entre ses différentes structures internes.

Les décisions qui demandent la consultation d'une instance de l'établissement sont exclues du champ de la délégation. C'est le cas de recrutement d'agents permanents, des décisions en matière de notation et l'affectation des agents entre les différents pôles (pour les personnels des activités de soins les affectations sont décidées par le directeur sur proposition du DS).

Les DS rencontrés soulignent que le principe de la délégation génère l'élaboration de tableaux de bords pertinents, outils de pilotage de la performance permettant de tendre vers l'efficience. Cependant, ils déplorent le retard pris dans ce domaine.

2.2.3 Le management du Directeur des Soins dans une organisation en pôles : logique de cohérence inter pôles

Les Directeurs de Soins s'accordent à dire qu'ils doivent se positionner dans l'inter pôles mais aussi dans les pôles en termes d'objectifs, d'organisation, de suivi et de contrôle avec les délégations, l'animation de l'équipe d'encadrement et par la mise en œuvre du projet de soins.

Nous retrouvons l'essentiel des missions telles qu'elles sont définies dans l'**article 4 du décret n°2002-550 du 19 avril 2002** portant statut particulier du corps des DS : Il

²² DHOS, Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière. Juillet 2006, p.84.

« ...coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins...et en assure l'animation et l'encadrement...élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins et le met en œuvreparticipe en liaison avec le corps médical et l'encadrement...à l'évolution des services et des activités de soins.. »

Cependant les DS pensent que la coordination va devenir majeure pour conserver un projet d'établissement cohérent et qu'ils sont garants de l'équité au sein des pôles et entre les pôles.

Les DS doivent maîtriser la conduite de projet pour conduire les missions transversales confiées et faciliter les liens inter pôles..cette maîtrise leur permet d'asseoir leur légitimité.

2.2.4 Le point de vue et les attentes des Cadres Supérieurs de pôles ou comment affirmer de nouveaux pouvoirs ?

Dans leur nouveau rôle de coordination de pôle, les cadres s'attachent à développer trois domaines : la formation, l'évaluation des pratiques professionnelles et la recherche. Pour y parvenir, ils devront s'appuyer sur leur équipe, la motiver et dénicher une ressource rare : du temps.

L'un des rôles les plus prégnants d'un Cadre Supérieur de Pôle est la gestion de ressources humaines. Cette attribution, qui n'est pas en soi nouvelle pour un Cadre, va par son ampleur et son terrain d'action, l'obliger à un véritable changement de comportement tant dans sa nouvelle mission de Cadre coordonnateur de pôle que pour les Cadres et les équipes qu'il encadre.

Je pense que le regard d'un Cadre sur sa fonction comporte à la fois l'examen de son pôle et les relations avec les instances dirigeantes, mais doit également concerner deux autres orientations : tous les membres du pôle d'un côté (des médecins aux administrateurs) et tous les pôles de l'établissement de l'autre. Il y a en effet dans la nouvelle gouvernance une dimension qui doit englober tout l'établissement si l'on veut donner à cette organisation encore au stade de l'expérimentation, toutes les chances de réussir.

« Les pôles permettront de rendre plus efficace la prise en charge des malades en étant capables d'affecter des moyens adaptés à tout moment là où le besoin s'impose » (un CSP).

Un Cadre Supérieur de Pôle relate lors des interviews, que *« les finances, les soins, les progrès de la médecine, la formation, l'exigence de qualité, l'anticipation, l'évaluation des pratiques professionnelles, la recherche, la gestion des ressources humaine sont autant*

d'éléments centraux qui dominent maintenant notre travail et tout cela au service du patient ».

Il est donc question d'agir non pas en priorisant un ou deux des ces aspects mais de les faire vivre tous ensemble. Hiérarchiser n'a plus le sens qui lui était donné il ya quelques années. Ce comportement aboutissait à négliger des pans entiers de l'exercice de la fonction de Cadre avec les conséquences que nous connaissons sur les dépenses et la qualité des soins.

Tout est lié et les Cadres expriment ne pas pouvoir établir des choix en fonction de leur idéologie ou de leur idéal. Ce ne sera sans doute pas aisé, ils en sont persuadés, et ont bien compris que leurs conseils auront une grande importance dans les organisations et les choix qui prévaudront pour entrer véritablement dans cette nouvelle gouvernance. Ils s'accordent tous à dire que *« le patient doit rester notre centre de préoccupation constant pour que nos actions prennent ou gardent tous leur sens ».*

Certains changements ne seront possibles qu'avec le temps, comme la disposition des locaux, les effets de formation et leur réinvestissement dans les pôles, le temps nécessaire au changement de mentalité..

Le Cadre Supérieur de Pôle a intérêt à se lier avec les autres Cadres Supérieurs de Pôles dans une transversalité propice à une bonne gestion et joue un très grand rôle auprès des médecins avec lesquels il a l'habitude de travailler en harmonie. Il doit avoir une vue d'ensemble et ne pas se contenter de camper uniquement dans sa propre sphère. Il va devoir gérer, avec les membres du pôle et pour le plus grand bien de l'ensemble, y compris le malade :

- ✎ le soin que chacune des unités doit être capable de produire,
- ✎ le moyen de l'évaluer et de le faire progresser,
- ✎ le personnel nécessaire pour sa réalisation et en fonction des choix faits par les médecins,
- ✎ les formations qui s'imposent pour parvenir aux résultats souhaités en améliorant la qualité dans le temps,
- ✎ le suivi de l'évaluation des agents,
- ✎ l'encadrement nécessaire,
- ✎ l'embauche des personnels manquants en liaison avec la direction,
- ✎ la remise à disposition des personnels non nécessaires dans le pôle ou la transformation de postes.

« Qu'on aille pas imaginer que nous nous considérons comme seul devant ces responsabilités. Nous partageons cette charge de gestion avec les cadres de proximité

mais nous devons le faire en équipe et lors de réunions de cadres de pôles. Nous avons certes de nouveaux pouvoirs et notre positionnement nous autorise à des échanges plus fréquents avec le directeur de l'établissement nous reconnaissant ainsi comme véritable acteur privilégié dans l'organisation interne de l'hôpital » (un CSP).

De mon point de vue, « *les médecins auront toute leur part de responsabilité pour choisir les direction à prendre sur le plan médical mais le cadre devra, par ses conseils, harmoniser des points de vue différents et s'adapter à des réalités qui ne lui conviennent pas. C'est d'ailleurs dans cette situation qu'il devra faire preuve de toutes ces qualités » (un CSP).*

Le cadre supérieur de pôle pourra bénéficier des avis du cadre administratif dont le rôle est aussi important que le sien et qui a une vision complémentaire. « *Il n'empêche que je considère être la seule à devoir tout regarder, tout apprécier, c'est cette tâche qui fait tout l'intérêt de ce poste » (un CSP).*

Les CSP sont conscients que cette nouvelle situation va changer la gestion des personnels, le problème est de savoir quels changements vont apparaître et s'ils seront dans le sens qu'ils espèrent.

Afin d'étayer notre analyse, examinons plus avant les nouvelles conditions d'organisation interne de l'hôpital et les éléments de réponse formulés par les CSP.

Les pôles sont organisés autour du parcours du patient. Ce progrès incontestable constitue tout l'intérêt de l'organisation en pôles. Nous ne devons plus raisonner en services ou en unités mais en successions d'actions efficaces et organisées dans le temps pour apporter le meilleur soin possible aux patients. Ce sont effectivement toutes nos anciennes organisations qui sont remises en cause et, la philosophie changeant, le personnel, aussi bien soignant que médical, devra évoluer.

Ces changements ne peuvent en aucun cas se faire dans la bousculade mais doivent être réfléchis en commun avec le corps médical, l'administration et les soignants. Les conseils de pôles sont là pour permettre à chacun de s'exprimer mais également pour permettre une diffusion rapide de nouveaux processus à mettre en place, l'information concernant les différents postes et l'annonce des moyens qui sont à la disposition des personnels. Si nous sommes persuadés que de nouveaux pouvoirs nous sont conférés, nous sommes intimement convaincus que notre gage de réussite ne pourra s'appuyer que sur une totale transparence et une communication adaptée.

Pour les Cadres Supérieurs de Pôles, les Directeurs de Soins ont vu leur fonction évoluer vers une coordination basée sur le conseil et l'expertise. Ils décrivent « *un mode de fonctionnement qui semble s'orienter vers un management par projet résolument centré sur une approche transversale à partir des trajectoires de soins* ».

En effet, l'aspect fédérateur du projet de soins est régulièrement mis en avant par les CSP et ces derniers se félicitent de leur collaboration rapprochée avec les Directeurs de Soins ; et attendent de ces derniers un soutien dans le domaine de la coordination des soins.

L'atout du dispositif, selon le personnel d'encadrement, est l'expérience de terrain du Directeur des Soins. De part son expérience il est le plus à même de saisir les besoins des professionnels et des patients. Le souci de cohérence, de collaboration et de continuité de prise en charge dans un établissement organisé en pôles, eu égard aux conflits de territoires et de jeux de pouvoirs, paraît devenir une réelle priorité.

« *La gestion de la pluridisciplinarité représente une difficulté et s'impose déjà à nous et nous l'avons constaté lors de la mutualisation des personnels soignants. C'est grâce à la réunion des Cadres du pôle que cette gestion sera possible. Chacun devra non seulement examiner ses propres problèmes mais également ceux des cadres du pôle* ». (un CSP).

Selon l'encadrement de pôle, les infirmières devront pouvoir choisir les expertises qu'elles souhaitent acquérir et maintenir leur capital de polyvalence enseigné tout au long de sa formation. Cela représente un gros travail d'anticipation de la part du Cadre, comme d'ailleurs la mise en place d'une mobilité au sein du pôle, basée sur le volontariat.

Les Cadres reconnaissent qu'ils ont davantage été formés à la discipline et à l'exécution qu'à l'autonomie et à la décision. Ils réclamaient plus de responsabilités depuis des années, celles-ci sont au rendez-vous et ils ne s'en plaignent pas. Mais « *il ne faut surtout pas nous laisser aller à la facilité et ne pas prendre la mesure des changements qui seront nécessaires pour mener à bien nos nouvelles missions* » (un CSP).

L'esprit d'équipe va devoir s'adapter et subir une petite révolution. « *Le caractère possessif que nous avons pour ce qui était de l'équipe du service, de son pré carré doit évoluer* » (un CSP).

Les CSP ont la volonté d'adopter « *l'esprit pôle* » mais pour autant ne veulent pas perdre l'esprit d'équipe.

Les consensus, l'harmonisation seront les clés de ces changements. Unifier sans uniformiser reste la devise de l'encadrement polaire. « *Ce qui nous paraît le plus important à intégrer, ce sont les trois points qui concernent la formation, l'évaluation des pratiques professionnelles et la recherche* » (un CSP). Ces trois volets de la réforme conditionnent les autres.

Toujours selon leur avis, cette réforme va finalement dépendre plus des hommes qui la feront et les professionnels de santé demeurent la préoccupation majeure de l'encadrement.

« *Nous allons manquer de temps et pourtant nous devons être capables d'en trouver, c'est-à-dire d'optimiser le temps en des tâches qui s'imposent à chacun des agents* ».

Les CSP pensent qu'offrir des soins de bonne qualité avec des personnels formés et motivés n'a de sens que s'ils ne sont pas épuisés à six mois de la mise en place officielle des pôles.

La formation est et demeurera le seul moyen d'engager la réforme sur la bonne voie. Cette formation prendra du temps et elle devra être adaptée au terrain, conçue, expliquée, mise en place par les soignants eux-mêmes sous le contrôle de l'encadrement.

2.2.5 Le point de vue et les attentes du Chef d'Etablissement

Les DG ont insisté sur la logique d'articulation entre la nouvelle planification de l'offre de soins, la démarche qualité, la réorganisation interne de l'hôpital et la tarification à l'activité. Le plus important étant, selon eux, « *le sens global qui résulte de leur interaction et la manière dont elles s'équilibrent et interagissent, l'objectif étant d'optimiser le parcours de soins pour améliorer le service rendu aux patients* ».

La clé de voûte de ce changement, c'est l'encadrement qui aura à charge de faire vivre cette évolution.

La mise en œuvre du projet d'organisation des pôles a nécessité, pour les Directeurs d'Etablissements, de devoir déployer beaucoup d'énergie et de s'entourer de collaborateurs porteurs du projet.

Selon les Directions Générales, exercer les cinq fonctions de manager (prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer) peut difficilement être dissocié des compétences dont les établissements de santé doivent s'entourer. En effet, anticiper l'évolution des techniques et des pratiques professionnelles, adapter les organigrammes à ces évolutions et donc (re)définir les fonctions, assurer le lien entre les décisions et la motivation des acteurs à les appliquer, nécessite d'identifier les personnes susceptibles de faire aboutir les projets dans des conditions satisfaisantes de qualité et de sécurité des soins.

Les DG formulent des attentes en ce qui concerne le positionnement des Directeurs de Soins et se déclarent satisfaits à ce jour de leur implication au sein de l'équipe de direction les désignant comme de véritables managers dotés d'une expertise encore plus affichée dans l'organisation polaire. Les DG nourrissent le vœu de voir les DS déléguer de plus en plus aux Cadres Supérieurs de Pôles, afin qu'ils « puissent libérer » du temps au service de l'expertise, de la recherche en soins et le management de projets de direction. Il ressort de nos entretiens que cette délégation de gestion s'effectue progressivement et s'affine au fil du temps, elle est incontestablement épaulée par un accompagnement ajusté, ce qui indubitablement est un gage de réussite.

Les DG estiment que la confiance doit prévaloir mais pas seulement pour une affaire de gestion de temps. Effectivement, ils précisent que la grande complexité propre au monde hospitalier ne peut être correctement appréhendée qu'au plus près du terrain, dans le détail, dans l'action. Alors la confiance va primer, avec toutes les conséquences à tirer de ce mot profond : le sens des responsabilités, la décentralisation des décisions, l'autonomie vraie, au service du patient.

2.2.6 Le point de vue et les attentes des Médecins Chefs de Pôles

« La nouvelle gouvernance doit permettre de mieux assumer les missions de l'hôpital en clarifiant les responsabilités et en simplifiant les organisations, je ne demande qu'à y croire » (un MCP).

Les Médecins Chefs de Pôles ont le sentiment que de tels projets, ont pour ambition de faire prendre aux médecins des décisions de gestion, souvent difficiles, alors que l'équipe de direction ne s'est pas positionnée. *« Je ne me considère pas comme un gestionnaire, à chacun son métier, les termes de la délégation de gestion doivent faire l'objet d'une clarification »* (un MCP).

Les médecins souhaitent insuffler un peu de démocratie participative dans les services afin que la délégation de gestion soit l'occasion d'associer tous les personnels et que les décisions soient prises, comme il se doit, sur les bases du contrat de pôle.

Les médecins croient beaucoup à l'interconnexion entre les différents métiers et considèrent qu'il s'agit là « *d'un véritable levier pour parvenir à une gestion plus saine et intéresser tous nos métiers à la bonne marche de l'établissement* » (un MCP).

Les Médecins Chefs de Pôle déclarent que cette nouvelle organisation ne leur prend pas plus de temps et que cela ne change pas leur activité. En revanche, ils précisent que c'est la tournure d'esprit et la responsabilité de tous les acteurs du pôle qui est une vraie révolution, « *même si bien sûr directeur de pôle est un vrai métier* ».

Ils s'accordent à dire que cette fonction nécessite de notions de management, de ressources humaines, mais aussi des acquis en matière de financement. Sinon, plus globalement, les MCP énoncent que l'organisation polaire permet de revenir sur la notion d'équipe et que le besoin de se « ressouder » autour d'un projet commun s'impose.

Les Médecins Chefs de Pôles attendent beaucoup de leur collaboration avec l'encadrement paramédical du pôle et témoignent des « bons rapports » qui les unissent et ce, depuis de très nombreuses années déjà. Ils souhaitent que cette coopération s'affirme davantage encore au regard d'enjeux collectifs et attestent que le CSP constitue un maillon fort dans l'équilibre du pôle.

En ce qui concerne le fonctionnement avec les autres pôles, les MC P jugent qu'ils sont dans une logique de « client-fournisseur ». Par exemple, « *le pôle d'imagerie sera mon fournisseur et connaissant ma consommation, cela m'a permis de la faire baisser en la rationalisant. J'ai des indicateurs qui me permettent de réguler ma consommation, mais j'aurais souhaité une délégation plus grande sur le plan technique et matériel* » (un MCP).

En termes d'autonomie, la réforme a permis de sortir du fonctionnement basé sur les recettes et les dépenses en gestion et les MCP auraient souhaité que la délégation sur le plan budgétaire soit plus importante. Le grand avantage de cette mouvance, selon un MCP, c'est d'avoir fait entrer les problématiques de gestion au sein du pôle.

Les MCP s'accordent à dire que d'ici à quelques mois, l'ensemble des MCP s'organiseront afin de d'élaborer leurs objectifs en complémentarité.

2.3 Conclusion de l'enquête de terrain

Ce travail de recherche a été réalisé dans deux établissements particulièrement investis dans la démarche.

L'analyse accomplie à partir du contenu des entretiens nous autorise à penser que les trois hypothèses de travail ont été confirmées :

- Les Cadres Supérieurs responsables de Pôle, compte tenu de leurs responsabilités, ont des attentes nouvelles en matière de développement de compétences.
- Dans la nouvelle organisation interne des hôpitaux, le Directeur des Soins a une logique de cohérence inter - pôles.
- L'accompagnement favorise la mise en place progressive de la délégation de gestion.

L'organisation en pôles d'activité présente un certain nombre d'intérêts managériaux et favorise le partage des cultures. Elle permet notamment la responsabilisation des professionnels et leurs implication dans les projets.

Les Cadres Supérieurs de Pôles représentent l'un des maillons forts du management moderne de l'hôpital. Ils s'accordent à dire qu'il est fondamental de travailler de concert avec le Directeur de Soins et qu'il leur appartient d'aller plus avant dans la volonté de substituer une vision parcellaire de l'hôpital à une conception plus intégrée. C'est donc pleinement abonder dans le sens de la nouvelle gouvernance et deux objectifs éminents se dégagent :

. *le premier* est d'optimiser l'utilisation des ressources de l'hôpital en rapprochant la gestion et la décision du terrain. Il s'agit de maîtriser les dépenses de santé en responsabilisant les acteurs. La contractualisation interne constitue l'outil du dispositif.

. *le second* se centre sur l'amélioration de la prise en charge du patient en opérant une collaboration entre les personnels médicaux, soignants et administratifs. Ainsi, l'objectif de cohérence et de coopération entre ces différentes composantes est avancé, de même que celui de l'efficacité au profit du malade en privilégiant les trajectoires de soins et en introduisant la notion de résultat. Cette réorganisation répond donc à la double exigence d'un management de proximité et d'une allocation plus pertinente des ressources hospitalières. Elle a pour objectif de satisfaire les choix stratégiques retenus

par la communauté hospitalière dans ses composantes : gestionnaire, médicale et soignante.

Les CSP expriment l'absolue nécessité du rôle de coordination du DS ainsi que la plus value apportée par sa connaissance du terrain et des professionnels. L'aspect fédérateur du projet de soins est mis en avant par les CSP car il assoit l'identité professionnelle des soignants et constitue le projet de référence dans le domaine des soins. Il est considéré comme un modèle.

Le Directeur des Soins se situe à **l'interface des différents pôles** et crée les liens indispensables à une **parfaite cohésion**. Il donne du sens au processus de prise en charge globale du patient. La coopération interdisciplinaire réaffirmée par le décret du 19 avril 2002, dans une direction renouvelée, ne peut être qu'en faveur du développement d'un mode de management centré sur une logique de projet et de processus.

La déconcentration de gestion fait émerger la nécessité de compétences nouvelles notamment pour les équipes médicales et paramédicales ce qui a comme corollaire le nécessaire accompagnement des cadres supérieurs afin d'optimiser l'exercice de leur nouvelle fonction.

3 Les propositions d'orientations professionnelles ou comment initier un nouveau mode managérial ?

Au terme de l'étude réalisée, et après analyse des données recueillies, cette synthèse permet de reprendre les éléments de la problématique et d'envisager des axes à développer ou à initier par le Directeur des Soins.

La troisième partie de ce travail a pour objet de suggérer une mise en perspective par le biais d'un projet que le Directeur des Soins conduira en s'inscrivant dans la politique globale de l'établissement.

Ce projet est élaboré à partir de la synthèse émanant de l'étude de terrain et de notre recherche conceptuelle et théorique ; il s'adosse également sur notre expérience professionnelle, nos observations et nos interrogations.

Ce projet a vocation à se concrétiser dans notre exercice professionnel au sein de notre établissement d'affectation mais peut également être transposable, avec les aménagements que requiert chaque situation, à une autre réalité de travail fonctionnant sur le même mode d'organisation.

La composante essentielle des actions proposées ont trait au management puisque l'organisation est un construit social et que les projets de l'hôpital, comme ceux de toute entreprise, reposent sur le facteur humain.

Ainsi, pour réussir à déconcentrer et à contractualiser, il est primordial d'initier des conduites managériales adaptées aux innovations sans perdre de vue qu'il subsistera toujours une part d'incertitude propre à un environnement complexe.

L'expertise technique du Directeur des Soins, lui donne, aux côtés du Directeur des Ressources Humaines, une place importante dans la gestion prévisionnelle des compétences du Soins.

3.1 Donner du sens au management

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

La reconnaissance des spécificités, voire des antagonismes²³, l'articulation des différentes logiques, doivent remplacer le réflexe d'exclusion qui ampute la réalité d'une partie de sa richesse.

L'évolution, que représentent les pôles et la contractualisation, est fédératrice car elle touche à de nombreux domaines : organisation, stratégie, gestion, démarche qualité et associe de nombreux acteurs.

Dans ce cadre, donner du sens c'est rendre possible la prise de conscience des enjeux et des limites actuelles six mois après la mise en place officielle de l'organisation en pôles d'activité.

Nous nous attacherons à donner du sens aux évolutions structurelles et organisationnelles par le biais d'une communication adaptée.

L'information et la communication, source de sens et de cohérence, sont au cœur de la dynamique des systèmes complexes.

Le Directeur des Soins est amené à conduire un processus dynamique en interaction constante avec son environnement.

Cette approche sera amenée selon notre point de vue, les retours de l'enquête et un management centré sur la notion de projet. Nous distinguerons deux niveaux en interaction permanente. Le premier situe la stratégie managériale du Directeur des Soins au sein du sommet stratégique Le second abordera sa mise en œuvre au niveau du centre opérationnel.

Or, l'objectif global de la proximité est de rendre le système hospitalier plus flexible et plus réactif. L'enjeu est important et la réussite du dispositif, au-delà du changement culturel qu'il entraîne, est en partie liée à l'articulation qui pourra être trouvée entre les relations hiérarchiques traditionnelles et des relations contractuelles basées sur la délégation et sur l'autonomie des acteurs du pôle.

Le rôle des Directeurs des Soins se trouve modifié de façon importante et ne peut plus être leur seul statut hiérarchique qui lui confère leur autorité et leur légitimité.

La place qu'ils occupent dans les établissements enquêtés, les conduit à exercer un rôle de coordination entre les pôles.

²³ MORIN E., *Comprendre la complexité dans les organisations*. Paris-ASEPS, 1997.

Pour les Directeurs et les Médecins, ils sont de précieux collaborateurs pour aider à la mise en œuvre des projets et « *maintenir le cap défini dans la politique de l'établissement* ».

3.1.1 Clarifier le rôle des Cadres Supérieurs de Pôles

Nous pensons que les Cadres Supérieurs de Pôles doivent, d'une manière générale, prendre de la distance par rapport au terrain pour adopter une vision plus globale de l'activité de soin. Ils doivent occuper une place de plus grande envergure dans l'hôpital.

A) L'acquisition de nouvelles compétences

Si la mise en place de la nouvelle gouvernance a nécessité un engagement fort de la direction des établissements, de la communauté médicale et de ses représentants, elle nécessite également une implication de l'encadrement, partenaire et acteur de l'organisation des pôles.

La nouvelle organisation de l'activité et les nouveaux modes de gestion et de décision induits par la nouvelle gouvernance passent par l'évolution du mode de management des dernières décennies. En effet, l'organisation en pôles d'activités gérés par un médecin coordonnateur assisté d'un Cadre de santé (la plupart du temps un Cadre Supérieur de Santé) et d'un Cadre Administratif, exige de la part de l'encadrement de développer des capacités managériales autour de nouvelles compétences (contrôle de gestion, gestion des risques, évaluation des pratiques professionnelles...).

Les CSP ont, auprès du coordonnateur médical, un rôle primordial à jouer dans l'exercice d'un métier qui évolue. Ils sont aussi l'indispensable relais entre les équipes et la direction des soins.

Leur identité professionnelle se démarque de celle des soignants en ce sens où, bien que proche des problématiques de soins, elle est basée sur une compréhension des enjeux globaux et stratégiques. Ils doivent être en capacité de traduire, auprès du pôle, les axes politiques du projet d'établissement. Leur positionnement peut donc être difficile voire inconfortable.

B) La délégation

La délégation de gestion a pour finalité d'optimiser les ressources dont dispose l'hôpital et de responsabiliser les acteurs.

La structure en pôles et le fonctionnement de l'organisation amène à s'interroger sur les conditions dans lesquelles les décisions vont être prises.

Il est nécessaire de former les médecins et les cadres à la délégation de gestion : champ de la délégation, notamment dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

La délégation de gestion, dans le domaine des ressources humaines, apparaît comme un outil favorisant le management déconcentré. Nous considérons cet outil comme innovant qui devrait représenter à l'avenir l'essence même du management à l'hôpital et créer plus de coopération entre les acteurs. La délégation se fait au fil de l'eau par touches successives.

La déconcentration de la gestion et des responsabilités génère d'une part, une modification des rapports hiérarchiques au profit d'un fonctionnement plus transversal et d'autre part, un changement dans le rôle des Cadres Supérieurs de Pôles qui doivent réaliser la synthèse de leurs trois domaines de responsabilité que sont la fonction hiérarchique, l'expertise soignante et l'animation de l'équipe de Cadres du pôle.

L'ensemble des acteurs des EPS ont intégré dans leur culture professionnelle un fonctionnement hiérarchique vertical qui, même s'il fait souvent l'objet de critiques, représentent pour eux des gains en termes de sécurité. Parallèlement, ils souhaitent davantage d'autonomie et une plus grande participation aux décisions institutionnelles.

La déconcentration de gestion vise à responsabiliser les différents acteurs du pôle et à les impliquer mais, si elle donne plus d'autonomie, elle peut générer de l'insécurité. D'autre part, il subsiste un risque de « balkanisation » qui, en créant des zones d'incertitudes au sein des pôles, peut engendrer un « glissement » des pouvoirs du sommet stratégique vers la base opérationnelle ; or c'est dans le partage des pouvoirs que naît un réel décloisonnement.

Le rôle et les missions des CSP doivent faire l'objet d'un document rédigé et élaboré sous la responsabilité du Directeur des Soins, validé par le Directeur Général de l'établissement. Le référentiel métier fera l'objet d'une présentation en équipe de direction et aux instances réglementaires pouvant ainsi obtenir une légitimité institutionnelle.

Ce référentiel s'assimile à un outil indispensable permettant de clarifier la fonction, faciliter le recrutement, évaluer et orienter les formations afin de développer les compétences.

3.1.2 Manager par projets : une véritable dynamique participative

Afin de relancer sa dynamique et la motivation des professionnels, l'hôpital a besoin de renouveler son organisation. L'adhésion des professionnels doit être recherchée en priorité et au-delà du discours, il faut que cela soit réellement suivi d'effets. L'institution et les professionnels qui la composent ont besoin de reconnaissance mutuelle pour entretenir la part d'optimisme indispensable au changement.

Garantir la cohérence, manager en mode fonctionnel et non pas seulement en mode hiérarchique, mettre en place de véritables partenariats tels sont les enjeux pour le Directeur des Soins et les fondements de sa nouvelle légitimité.

C'est pourquoi le management par projets semble s'imposer à nous comme une logique d'intention. Il s'agit de faire travailler ensemble, pour une durée limitée, des personnes réunissant des logiques, des expertises, des points de vue différents pour concevoir quelque chose qui n'existe pas encore. Cette approche permet, notamment, de faire émerger les potentiels et les capacités encore non exploités.

Toutefois, lorsque les projets se multiplient, il est nécessaire de les hiérarchiser et de veiller à leur articulation. Nous contribuerons activement à cette coordination. Notre légitimité, en la matière, est liée au fait que nous participons à l'élaboration de la stratégie et des orientations générales au sein de l'équipe de direction. De plus, les relations professionnelles que nous tissons avec les acteurs des pôles, en s'attachant à mettre en œuvre une coopération effective et en développant l'information, la communication, l'écoute et les échanges. Cette posture managériale nous permet d'être en mesure de clarifier, préciser, d'expliquer les finalités recherchées et de veiller à la cohérence des projets avec la stratégie institutionnelle.

Manager par projets signifie également concevoir un projet de soins infirmier, médico-technique et de rééducation novateur et fédérateur.

3.1.3 Dynamiser le Service de Soins

La politique de soins définie par le DS n'a de sens que si elle est partagée par l'ensemble des acteurs qui ont pour mission de l'appliquer au sein des services de soins. C'est par leur intermédiaire que cette politique va se concrétiser au travers

d'actions multiples. Ainsi, le Directeur des Soins, relayé par l'équipe de Cadres Supérieurs doit, pour susciter l'adhésion et l'engagement de tous les acteurs, impulser une véritable dynamique. Pour ce faire, il s'appuiera sur le projet de soins, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et une animation d'équipe avérée.

A) Le projet de soins

La cohésion du service de soins et la cohérence d'action de ses acteurs prend appui sur son projet. Le projet du service de soins doit donner du sens aux actions et il convient d'aller plus avant dans sa conception et sa mise en œuvre pour lui donner vie au sein des projets de pôles.

Le projet de soins doit être élaboré avec l'ensemble des personnels paramédicaux et à mettre en œuvre par une politique d'amélioration de la qualité.

Il est à construire dans la confrontation des idées, en prenant en compte les individualités et en mettant en synergie les potentiels.

Le rôle conceptuel des Directeurs de Soins prend ici toute sa mesure tant dans l'élaboration et le suivi du projet de soins et répond ainsi aux exigences posées par l'organisation en pôles. Ce rôle repose sur des valeurs professionnelles partagées mais aussi sur une nécessaire créativité et sur la prise en compte des évolutions sociologiques de la population soignée et soignante.

L'élaboration du projet de soins s'adosse sur des axes en lien direct avec lesdites évolutions :

- Donner du sens aux soins, c'est-à-dire fixer précisément les objectifs du projet et énoncer clairement les exigences pour les atteindre,
- Promouvoir la qualité des soins et les évaluer à partir des éléments référentiels partagés par les professionnels,
- Permettre la continuité et la sécurité des soins, maintenir la compétence des soignants.

Le projet de soins constitue la concrétisation de la politique de soins du Directeur des Soins. Il prend vraiment tout son sens de coopération et de collaboration dans une organisation en pôles. Dès lors, il s'inscrit dans un triple enjeu de logique de projet, budgétaire et de résultat, élaboré dans le cadre d'un partenariat gestionnaires, médecins, soignants. La démarche qui alimente notre propos, s'articule

autour du triple enjeu avec comme particularité de modéliser la nécessité de responsabilisation préconisée par le dispositif. Les objectifs du projet de soins sont d'améliorer la qualité des soins, les conditions de travail du personnel et maîtriser les dépenses.

La mise en œuvre du projet repose sur les aptitudes du Directeur des Soins à développer une stratégie visant à faire évoluer le service de soins avec une vision prospective et créative ; de plus, il doit s'inscrire en interrelation avec le projet médical.

C'est la capacité dont nous ferons preuve, en matière d'anticipation et d'intégration des évolutions techniques, démographiques, organisationnelles, sociétales, qui contribuera à faire du projet de soins, un vecteur culturel et un levier du changement au service des patients, permettant par ce layon de garantir la sécurité, la qualité, l'efficacité voire l'efficience de la prise en charge.

B) La Commission de Soins

La commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, pourra dans sa nouvelle configuration, servir entre autres, d'espace de communication et d'échanges ouvert et productif. Elle contribuera à la régulation inter pôles qui doit être pensée à tous les niveaux de l'organisation.

C) L'animation des équipes

L'objectif recherché est bien la coopération de tous les membres de l'organisation d'une part au sein des pôles et d'autre part entre pôles d'activité afin d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins des patients. Toutefois le poids des différentes cultures professionnelles doit être pris en compte car il peut ralentir l'émergence de la confiance.

Nous pensons que l'animation d'équipe passe nécessairement par la mise en place de réunions où le DS se positionnera en régulateur et facilitateur. De part son expérience, il favorise l'émergence des idées et garantit la progression commune du travail.

Afin de conserver les repères, les liaisons hiérarchiques verticales existantes sont maintenues. Pour coordonner les pôles, y seront associées des liaisons fonctionnelles transversales assurées par l'ensemble des directions fonctionnelles de sites.

3.1.4 Développer une culture de la transversalité

Le projet de soins doit être appréhendé, avant tout, comme un outil au service d'une politique.

Par une réflexion et un travail en étroite collaboration avec l'encadrement, le Directeur des Soins doit formaliser un projet qui intègre les stratégies médicales et s'attache à développer un approche transversale qui tienne également compte de l'organisation en pôles d'activité. Le DS définira à cette occasion, l'engagement, l'implication et le professionnalisme des équipes soignantes.

L'enrichissement du projet par l'apport des réflexions des personnels des trois filières renforcera sa transversalité et contribuera à son œcuménisme.

3.1.5 Impulser une démarche d'évaluation

La démarche d'évaluation est au centre de toute action globale d'une gestion des ressources humaines centrée sur une recherche de qualité.

« Tout responsable se doit d'évaluer la réalisation de sa mission en termes de résultats obtenus en fonction des objectifs fixés et de contrôler la mise en œuvre des organisations mises en place²⁴».

A) L'évaluation des pratiques professionnelles

Dans le cadre de ses missions, le Directeur des Soins est chargé de déterminer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles. Nous l'avons vu, cette mission est réaffirmée dans le cadre de la Commission de Soins et répond aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Le DS doit inscrire cette volonté dans le projet de soins et s'appuyer sur l'ensemble des cadres pour la faire vivre au sein des unités. Pour ce faire, il peut mettre en place un dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles²⁵, construit à partir de thèmes définis (l'accueil, la prise en charge de la douleur....) et permettant d'évaluer un plan d'actions.

²⁴ Haute Autorité de Santé. Guide pour l'auto-diagnostic des pratiques de management. Janvier 2005.

²⁵ Guide d'utilisation des pratiques professionnelles. M. MAZARD, CGS. CHU de Nice. Mars 2005.

Trois temps d'évaluation sont prévus au cours de l'année : un bilan initial, un état d'avancement et de régulation et un bilan de fin d'année.

Ce dispositif d'évaluation constitue :

- un support permettant à l'équipe de mesurer et d'améliorer son niveau de prestation,
- un outil de management mis à disposition du cadre pour faire vivre le projet de soins

B) L'évaluation des cadres supérieurs

L'évaluation des professionnels, axe clé du management, s'inscrit dans un souci de valorisation, de reconnaissance et permet des progrès individuels et collectifs. L'évaluation ne clôture pas une action mais la prolonge sur du devenir s'incluant dans une démarche systématique.

L'évaluation, composante de la gestion des ressources humaines, est une étape logique et inévitable dans la démarche qualité.

Outil de management, elle favorise l'optimisation de la contribution et des compétences de chacun, dans l'attente de performances.

En s'appuyant sur le dialogue, l'écoute, la contractualisation des objectifs, l'évaluation permet une implication et une responsabilisation de chacun à son niveau.

La fonction d'évaluation demande de la part du Directeur des Soins de développer une culture spécifique de l'évaluation et de discerner les éléments d'appréciation pertinents et représente un temps fort dans l'accompagnement de ses collaborateurs.

Cependant, l'évaluation des CSP ne pourra se limiter à une notation et à une appréciation. Malgré cela dans le cadre réglementaire institutionnel, l'évaluation des Cadres Supérieurs compte les mêmes critères que tout autre Cadre et ne tient pas compte des compétences spécifiques et des potentiels des Cadres Supérieurs, surtout quand ils occupent le poste de responsable paramédical de pôle.

Le DS pourra s'appuyer sur le « référentiel CSS » afin de poser des bases solides à l'évaluation du Cadre Supérieur.

Dans le cadre de l'évaluation, il doit y avoir un engagement mutuel, une contractualisation entre le DS et le CSS en termes de résultats attendus et de moyens à mettre en œuvre.

3.2 Développer une relation de confiance pour progresser ensemble

La confiance représente la pierre angulaire de la coopération avec le contrat et le management et les barrières d'ordre culturel représenteraient un frein à la promotion du projet de soins, porteur des valeurs et des objectifs des professionnels.

La confiance tient à la visibilité que chacun offre de son comportement et des aménagements quotidiens qu'il met en œuvre. Elle repose sur la connaissance que quiconque a des principes éthiques qui organisent les conduites de l'autre et sur l'exigence des règles morales communes qui assurent la prévisibilité et la régularité des comportements.

3.2.1 Intégrer les différentes logiques professionnelles par la coopération

Le pôle d'activité doit faciliter cette confiance par un rapprochement et un partage non seulement des compétences, mais également, des valeurs des acteurs qui en ont la responsabilité. Le pouvoir pourra être alors appréhendé par les professionnels comme un levier de l'action, les responsabilités clairement définies et les règles du jeu partagées et appliquées.

La coopération est aussi une construction sociale qui exige du temps et de la patience. Pour favoriser l'innovation et accompagner le changement, le Directeur des Soins devra contribuer à créer les conditions de transformation des règles, des cultures et des conventions en concevant une organisation basée sur la coopération. Il s'appliquera à travailler en partenariat afin d'optimiser le dialogue social au cœur des pôles et de l'institution.

Le principal objectif doit être d'intégrer ensemble, et non derrière les cloisons de chaque catégorie professionnelle, les éléments complexes de la prise en charge du malade en termes de besoins, de qualité, d'écoute, de pédagogie et d'efficacité. Il doit résulter de cette intégration un plaisir professionnel à fournir une réponse qui, au final, améliorera le système de soins et notamment le service public hospitalier. C'est donc d'intérêt au travail, du sens donné au travail effectué qu'il s'agit essentiellement.

Cela passe par l'instauration d'échanges, permettant de construire avec les acteurs concernés, l'évolution attendue. Une des missions du Directeur des Soins sera de

rassurer en limitant la part d'incertitude et en veillant au respect des engagements dans son champ de responsabilités. Il s'attachera à stabiliser le présent pour mieux construire l'avenir. Faire vivre des valeurs professionnelles dans un environnement en constante évolution, tel sera son challenge.

Ainsi, la coopération peut se définir comme un ensemble d'actions individuelles et collectives, mettant en jeu de multiples acteurs détenant à des arts différents. C'est bien là le point d'ancrage des organisations transversales et la base du management par projet que doit développer le Directeur des Soins.

3.2.2 Fédérer et coordonner les pôles

La mise en place des pôles positionne le DS sur le champ de la coordination, au sein des pôles avec la nécessité de tisser des liens. Le décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des Directeurs de Soins de la fonction publique hospitalière précise qu'il est chargé de la coordination générale des activités et qu'à ce titre il doit :

- coordonner et mettre en œuvre les activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assurer l'animation et l'encadrement,
- élaborer avec les professionnels concernés le projet de soins et le mettre en œuvre,
- participer en liaison avec le corps médical et l'encadrement de l'ensemble des services à la conception, l'organisation, l'évolution des services et activités de soins.

Notre positionnement en dehors des pôles nous donnent les moyens de nous positionner en interface entre les pôles afin :

- de veiller à ce que les efforts des différentes entités se conjuguent pour atteindre les buts de l'ensemble de l'organisation, en recherchant la bonne gestion des interfaces,
- d'être un interlocuteur reconnu par le corps médical et l'encadrement soignant.

Ce positionnement au carrefour de différentes logiques nous donne un rôle stratégique par vision transversale de l'ensemble des activités et permet le maintien de la cohérence globale.

La commission de soins et le projet de soins se révèlent être des outils de régulation inter pôles pour lutter contre le cloisonnement et maintenir une agrégation plus que souhaitable.

Fédérer, c'est regrouper, faire émerger l'unicité et la solidarité au sein d'un groupe sans gommer les particularités, les différences génératrices de richesses et d'énergies créatrices.

Nous avons un véritable défi à relever dans le cadre de la coordination des pôles. Nous nous devons d'apporter aux CSP une aide pour déterminer les moyens de stabiliser l'organisation soignante du pôle en rétablissant des règles visant à la transversalité.

Le DS, missionné et légitimé pour agir dans ce sens, doit favoriser un travail en réseau entre les pôles et il ne pourra le faire que s'il développe une politique de communication.

3.2.3 Développer une politique de communication

La gestion de l'information est un domaine complexe et impose de la part du Directeur des Soins une réflexion fine afin de définir les modalités de diffusion les plus appropriées au regard de la teneur du message envisagé.

Nous l'avons constaté à bien des égards, la gestion de l'information à l'hôpital demeure une préoccupation quotidienne dans les hôpitaux et joue un rôle prépondérant dans les organisations.

Nous sommes convaincus que les Cadres Supérieurs sont des maillons essentiels dans la circulation de l'information ascendante et descendante, ayant chacune grande importance.

En termes d'outils de communication, nous aurons recours à un outil performant : la messagerie électronique, mais nous soulignons également ici qu'il a ses limites et qu'il nécessite d'être utilisé à bon escient. Le contact direct avec les personnes, parce que plus personnalisé s'avère parfois plus efficace, charge au Directeur des Soins d'apprécier les modalités auxquelles il aura recours du moment que ces modalités de diffusion permettent de garantir à tous les acteurs concernés le même niveau d'information dans un temps donné.

Au-delà des réunions organisées et planifiées par le Directeur des Soins, des rencontres informelles et ponctuelles peuvent s'avérer nécessaires au regard de la demande exprimée de part et d'autre. Effectivement, le besoin de rencontrer le Directeur des Soins peut se faire ressentir chez un Cadre Supérieur de Pôle et le degré d'urgence, évalué par ce dernier, lui est propre.

C'est ainsi que le Directeur de Soins, en qualité de manager avisé, se donnera les moyens de recevoir le Cadre qui lui en fait la demande afin d'apporter son aide à tout questionnement, inquiétude, problématique ou dysfonctionnement majeur.

Nous soulignons ici ce qui caractérise le Directeur de Soins, à savoir un responsable hiérarchique attentif, à l'écoute qui met un point d'honneur à toujours laisser la porte ouverte à ses collaborateurs.

De ce fait, le dialogue est constamment établi, il n'y a pas l'ombre d'une barrière pour le CSP et ce comportement le met d'emblée en confiance. De même que le DS peut être amené à se déplacer sur le terrain, ce qui est toujours apprécié de l'encadrement et des équipes.

Le Directeur des Soins est un professionnel accessible et l'établissement d'une communication adaptée avec l'ensemble de la communauté soignante lui permettra d'asseoir sa légitimité.

Communiquer est un acte essentiel dans le domaine du management de la direction des soins. Une communication ouverte est un gage de proximité entre les acteurs et facilite la relation avec le terrain.

Il est illusoire de penser que la communication se fait à coups de notes de services, qui sont trop souvent vite lues oubliées et parfois contournées. Le Directeur des Soins doit promouvoir et véhiculer des valeurs professionnelles ; il devient ainsi l'ambassadeur de la direction auprès des équipes et le porte-parole des soignants auprès de ses collègues Directeurs.

3.2.4 Instaurer une relation de confiance avec le corps médical

H.L. SMITH²⁶ décrit que *deux lignes d'autorité hiérarchique* coexistent à l'hôpital :

- ☞ l'une qualifiée de non professionnelle : il s'agit des agents administratifs,
- ☞ la lignée clinique/thérapeutique /professionnelle et médicale.

Le groupe des professionnels se divise encore en deux avec les médecins d'un côté (le groupe des professionnels) et les paramédicaux (les semi-professionnels).

La double ligne hiérarchique conjuguée à la dualité du groupe des professionnels multiplie les sources d'appartenance. Après six mois d'existence de « l'organisation polaire », nous avons pu constater l'atténuation du phénomène décrit.

²⁶ SMITH H.L. cité par HOLCMAN R., L'avènement de la gestion par pôle : dernier avatar de lutte de pouvoir à l'hôpital ? *Gestions hospitalières*. Mai 2006, p. 329.

De plus, au-delà de cette double dualité, nous avons remarqué l'émergence d'une **double légitimité** : la légitimité du savoir avec une exigence de qualité, de satisfaction du patient.

Il y a donc une lutte de pouvoir entre l'organisation soignante et l'organisation dirigeante qui passe par le rejet de la rationalité bureaucratique. Non seulement, il existe la tentation de mettre en œuvre dans les services de soins une sorte d'autogestion sauvage mais l'organisation du travail elle-même dans les services de soins est devenu un enjeu de lutte de pouvoir entre les organisations.

Les coordonnateurs médicaux, placés en position de diriger des pôles, sont les destinataires des délégations de gestion et, dans une logique de contrat avec la direction générale, ils sont amenés à exercer un rôle pour lequel ils n'ont pas forcément été préparés.

Le travail de recherche a mis en lumière la nécessité, pour mener à bien leur mission, de s'appuyer sur le Cadre Supérieur de Pôle qui représente pour eux une ressource et un relais d'informations.

Ce binôme cadre de santé-médecin fonctionne avec deux champs de représentations hétérogènes qu'ils doivent traduire en permanence.

Il n'existe pas de lien hiérarchique entre eux : c'est un atout pour faire vivre la transversalité et garantir la cohésion du service de soins, mais ce peut-être aussi un frein si certains jeux de pouvoirs apparaissent.

Le rôle du Directeur de Soins prend alors tout son sens, modérateur et fédérateur, pour faire coexister des logiques parfois différentes et favoriser la collaboration entre les médecins et les soignants.

Il doit se situer comme un interlocuteur, missionné par la direction générale, des médecins responsables de pôles et comme un appui des cadres placés sous son autorité.

Certaines actions sont propices à l'atteinte de cet objectif :

- ✎ assister aux conseils de pôles afin de relayer les informations et d'évaluer le niveau de collaboration médecins- cadres de santé,
- ✎ communiquer en CME les projets du service de soins et associer les médecins aux réflexions.

Une analyse pertinente des situations qu'il aura observées permet au Directeur des Soins de jouer son rôle de régulateur ; il peut ainsi éviter certains conflits et aider à

promouvoir la complémentarité entre le Médecin Chef de Pôle et le Cadre Supérieur de Pôle.

Cet éclairage permet d'aller plus avant dans la compréhension du système dans lequel le Directeur de Soins œuvre lui donnant les atouts nécessaires pour développer des relations de confiance.

Tout au long de notre travail de recherche, nous avons constaté que les relations entre les DS et les Médecins Chefs de Pôles étaient relativement limitées, cordiales mais limitées. Aussi pour envisager l'émergence ou le développement de la coopération, le DS en tant que membre de l'équipe de direction, doit aller à la rencontre du chef de pôle et ne pas attendre la démarche réciproque. Il va devoir s'adapter à l'environnement interne du pôle et apprendre à respecter son autonomie. La qualité des échanges s'en verra alors privilégiée et les visions de chacun des acteurs respectées. Le DS suscitera les rencontres, proposera ses compétences et créera les conditions de la réussite des projets. Trois axes de travail donneront le fil conducteur dans le cadre de son exercice professionnel :

- ✎ la mise en cohérence des projets du pôle avec la stratégie de l'établissement,
- ✎ la cohésion,
- ✎ l'action avec le souci d'accompagner et donner du sens.

3.3 Se positionner et s'engager

La question du positionnement est inhérente à la fonction de management ; toute personne en position de direction, d'animation d'un groupe doit se positionner vis-à-vis de ce groupe.

En qualité de responsable du service de soins, le Directeur des Soins positionne son action (cf. décret du 19 avril 2002) au sein de l'équipe de direction en contribuant aux missions de l'établissement. Le champ d'action du DS est vaste.

Dans une organisation en pôles associée à un projet de soins renouvelé, le management d'un tel dessein constitue un modèle tant par la coopération que la volonté de la transversalité et d'ouverture qu'il initie.

3.3.1 Assoir sa légitimité

Le Directeur des Soins, par sa capacité à percevoir la nécessité de s'adapter et de développer un management en phase avec le principe de subsidiarité et la reconnaissance de partenaires aux responsabilités renforcées, est un acteur pivot de l'organisation hospitalière.

3.3.2 S'impliquer dans le processus de décision stratégique

Il s'agit bien là de conduire un ensemble coordonné d'actions à partir d'un projet et de trouver les moyens d'un apprentissage collectif recouvrant la dimension d'efficacité au service d'une finalité commune. *« La question-clé est moins celle de la déconcentration que celle de la réappropriation d'un rôle d'animation, de suivi et de contrôle stratégique²⁷ ».*

Le 21 mars 2006, **Xavier BERTRAND**, Ministre de la Santé et des Solidarités de l'époque, soulignait que *« le positionnement des Directeurs de Soins se situait à la croisée des logiques et pourtant l'ordonnance sur la gouvernance, qui doit concilier les intérêts médicaux, administratifs et paramédicaux, ne cite pas explicitement le Directeur des Soins comme membre de droit du Conseil Exécutif. C'est pourquoi, je souhaite tout mettre en œuvre pour ce que ce malaise se dissipe, et que votre rôle central soit pleinement reconnu²⁸ ».*

La question du positionnement est inhérente à la fonction du management ; se positionner, ce n'est pas s'arc-bouter sur un autoritarisme inefficace mais c'est trouver sa place au sein du système en favorisant l'explicite plutôt que l'implicite. Il faut énoncer les règles du jeu et les afficher clairement dans la réalisation de chacun de nos actes.

Le Directeur des Soins est au cœur des stratégies d'intégration ; de plus, son implication hiérarchique moindre lui permet d'exercer un rôle d'expertise managériale, innovant et fédérateur pour l'encadrement.

²⁷ CREMADEZ M., GRATEAU F., *Le management hospitalier*. Paris : Inter Editions. 1992. p.599.

²⁸ Xavier BERTRAND, Discours Journée Directeurs des Soins, 21 mars 2006.

3.3.3 Promouvoir une organisation des soins au bénéfice du patient

La réforme place le patient et son parcours thérapeutique au centre du projet des institutions. Cette préconisation d'une continuité des soins réussit grâce au partenariat de tous les professionnels de santé.

Le pôle doit être une coalition au service d'un projet, sinon il est réduit à l'état d'outil contraignant, dans la mesure où il mutualiserait des moyens de plus en plus limités.

La direction des soins garantit la prise en charge du malade par l'application de la politique soignante.

La politique soignante ne peut se résumer à un document écrit, élaboré et connu du seul encadrement ou de quelques initiés. Le projet de soins, outil de diffusion, doit être élaboré avec le plus grand nombre. Des actions de prise en charge doivent être communes avec les médecins.

Le chef d'établissement a besoin d'un Directeur des Soins Coordinateur, crédible, capable d'encadrer les activités de soins, de les évaluer et de travailler en collaboration avec la communauté médicale. Pour obtenir une homogénéité des pratiques professionnelles où tout malade hospitalisé a droit à la même qualité, il nous appartient de :

- associer, impliquer et motiver tout encadrement pour obtenir des réalisations par les équipes sur le terrain,
- démultiplier l'information à partir des trois strates hiérarchiques (cadre, cadre supérieur et directeur de soins),
- développer et diffuser les bonnes pratiques,
- vérifier la cohérence des projets de pôles avec la politique soignante et institutionnelle, instaurer un dialogue avec les médecins,
- mettre en place une évaluation sur l'implication, les actions et les pratiques des équipes soignantes des trois filières et de leur encadrement.

Le travail avec les paramédicaux dans le cadre de la politique institutionnelle et soignante, permet le lien du terrain, jusqu'au directeur des soins, coordinateur. Cette recherche de l'homogénéité des pratiques en vue d'une qualité des soins, amène la cohésion au sein de l'hôpital. Il est important de garder l'entité établissement avec la mise en place des pôles.

Le Directeur des Soins œuvre pour les patients et pour les professionnels du soin. Ce qui nous intéresse, c'est de faire progresser la qualité des soins. C'est en travaillant

auprès du directeur général de l'établissement et avec le président de la CME que nous pourrions appréhender la place de la politique dans la gestion quotidienne d'un hôpital.

Il nous appartient de rester centrés sur le soin, dicter des exigences de qualité, fédérer, encourager, motiver et valoriser les soignants. A notre sens il faut éviter des spécialistes de la qualité dans les établissements de santé, ce n'est pas comme cela que l'on donnera aux soignants (médecins et paramédicaux), la culture de la qualité. C'est à eux d'initier la démarche qualité ; l'évaluation ne doit pas être déconnectée de la pratique quotidienne, c'est une facette du soin. Il faut simplifier et ne pas faire une « usine à gaz » où les soignants auraient encore moins de temps à passer auprès des malades.

3.3.4 Renforcer et développer le partenariat avec les directions fonctionnelles

La politique qualité d'un établissement de soins a des interfaces très fortes avec la politique de soins et impacte fortement le management.

De fait, le Directeur de Soins doit, en concertation avec l'ensemble des directions fonctionnelles, coordonner la mise en place d'actions qui seront évaluées en lien avec le projet de soins et le projet médical.

Avec le président de la CME, le Directeur des Soins identifiera les axes en matière d'évaluation des pratiques professionnelles et de la qualité des soins. A terme les projets de soins devront s'orienter vers des projets médico-soignants.

Par ce biais, le Directeur des Soins s'implique dans le processus de décision stratégique.

3.3.5 S'engager personnellement

La fonction de Directeur de Soins impose un engagement personnel important. Au-delà des exigences posées par les priorités institutionnelles, il lui appartient de se rendre disponible autant que faire se peut afin de se tenir informé des éventuelles problématiques soulevées notamment par les cadres et les équipes mais également vis-à-vis de la communauté médicale. Le DS se positionne comme un véritable « leader » et « coach ».

Nos attitudes et notre comportement sont emprunts de dignité en toute circonstance et nous nous attachons à ce que chacun se sente reconnu, responsable et impliqué.

3.4 Maintenir un niveau d'expertise

Ce changement d'organisation radical, encore en phase d'expérimentation, comporte pour les acteurs de terrain, une prise de risques et l'acceptation d'une remise en cause des structures hiérarchiques traditionnelles de l'hôpital.

Les rôles se trouvent modifiés, les pouvoirs sont déplacés, la complexité s'accroît et les stratégies managériales évoluent.

La direction des soins participe à cette transmutation et, par l'intermédiaire de son encadrement, accompagne ce changement pour le faire vivre au sein des unités de soins.

La fonction de Directeur de Soins s'inscrit dans un rôle de coordination, d'expertise et de conseil. Ce rôle s'exerce d'une part auprès des pôles et d'autre auprès de la direction de l'établissement.

3.5 Promouvoir le professionnalisme

L'émergence de la notion de professionnalisme dans le milieu hospitalier n'est pas le fruit du hasard. Elle s'entend dans un contexte de recherche et de compétitivité accrue. Pour G. LE BOTERF²⁹ : *« Si la compétence est une combinaison de ressources (savoirs, savoirs faire, aptitudes, expérience...), le professionnalisme se reconnaît à une combinaison singulière de compétences ».*

La mise en place des pôles, encore très récente, exige de la part des managers des compétences à anticiper et à conduire le changement. Le Directeur des Soins a un rôle essentiel dans la gestion des compétences ; optimiser celles qui existent, les développer ou en acquérir de nouvelles.

Comme nous l'avons précédemment exposé, les Cadres Supérieurs sont les professionnels les plus particulièrement concernés par ce nouveau type d'organisation. La maîtrise des situations professionnelles passe indubitablement par une adaptation permanente des compétences des hommes et plus encore pour les personnels d'encadrement.

Afin de se familiariser avec un mode de gestion innovant et exigeant, la mise en place d'une formation adaptée s'impose. La formation représente un investissement à la fois personnel et institutionnel qui débouchera sur un affinement du jugement et constituant

²⁹ LE BOTERF G., Ingénierie et évaluation des compétences, Editions d'Organisation, 2002.

une opportunité de créer les conditions d'une collaboration et d'une compréhension de différentes logiques.

« L'organisation polaire » a pour vocation d'harmoniser la prise en charge des patients ainsi que d'assurer la continuité et la coordination des soins. Cette organisation innovante se fixe comme objectif de responsabiliser les professionnels, de les impliquer dans l'acte de gestion et de déplacer le processus décisionnel du sommet vers la base selon le principe de subsidiarité.

Au-delà de ce qui nous semble être incontournable, nous ne devons pas manquer de valoriser les Cadres et les équipes en les accompagnant dans l'optimisation de leurs compétences avec en ligne de mire la construction « d'un hôpital public performant et attractif ».

CONCLUSION

La Nouvelle Gouvernance transforme radicalement l'organisation interne de l'hôpital. Elle repose sur deux principes, le rapprochement des logiques médicales et administratives dans le management de l'hôpital et la décentralisation des décisions (avec une délégation de gestion de la direction à des pôles regroupant des services, et une organisation interne aux pôles donnant des marges de manœuvre au plus près de l'action). Elle met en place des structures de pilotage qui interagissent pour réussir. Au niveau du pilotage général de l'hôpital il s'agit d'articuler un nouveau lieu de décision, le Conseil Exécutif avec les autres lieux d'arbitrage et de veiller, au-delà de l'ordonnance de mai 2005, à impliquer l'ensemble des acteurs dans les processus de décision en assurant la cohérence et la lisibilité de l'ensemble.

Réformer le management et la gestion de l'hôpital répond à la nécessité de lutter contre les rigidités et les cloisonnements qui pèsent sur le fonctionnement de l'institution. Dans le vaste processus de réforme initié par le plan hôpital 2007 (aujourd'hui 2007-2012), et compte tenu de l'ampleur du dispositif mis en place, le rôle de l'encadrement évolue de manière importante, tant du point de vue institutionnel que fonctionnel. Il acquiert ainsi un rôle accru dans le management général de l'hôpital mais aussi dans sa gestion financière et économique par son positionnement pivot au cœur des nouveaux pôles d'activité.

Les pôles sont centrés autour de deux exigences majeures pour un établissement de santé, la qualité qui doit conduire à conjuguer le respect des standards de soins et l'association des personnes soignées aux décisions les concernant ; et l'efficacité, qui impose d'allouer les ressources à l'activité en fonction de leur pertinence en matière de santé pour le bassin de la population de l'hôpital. Concrètement, il s'agit de définir les règles de fonctionnement des pôles, et les relations inter pôles.

Cette organisation innovante se fixe comme objectif de responsabiliser les professionnels, de les impliquer dans l'acte de gestion et de déplacer le processus décisionnel du sommet vers la base selon le principe de subsidiarité. Cela représente un véritable enjeu pour le Directeur des Soins que de mobiliser les professionnels dans cette dynamique participative. Ce changement organisationnel comporte, pour les équipes de direction comme les acteurs de terrain, une prise de risques et l'acceptation d'une remise en cause des structures hiérarchiques traditionnelles de l'hôpital.

Le service de soins participe à cette évolution et, par l'intermédiaire de son encadrement, accompagne ce changement pour le faire vivre au sein des pôles.

La fonction de Directeur de Soins évolue ainsi vers un rôle de coordination, d'expertise et de conseil. Ce rôle est à jouer tant au niveau des pôles qu'auprès de la direction de l'établissement.

Le Directeur des Soins a initié un nouveau mode de management, beaucoup moins vertical et plus transversal qu'auparavant ; en conséquence, il délègue beaucoup plus que par le passé. Ainsi, la Nouvelle Gouvernance permet de responsabiliser davantage les Cadres dans les décisions qui sont prises, notamment en matière de gestion des soins et des ressources. C'est ainsi que le Directeur des Soins a désormais un véritable rôle d'interface entre les disciplines et les pôles, la direction et le Conseil Exécutif, afin de favoriser la synergie des énergies et des ressources.

En termes de positionnement, le Directeur des Soins est un point de convergence qui contribue à garantir, à travers le projet de soins, la cohérence institutionnelle exprimée dans le projet d'établissement ;

Si nous avons fait le choix, dans notre recherche, de limiter nos investigations à l'accompagnement de l'encadrement supérieur, nous sommes conscients qu'il nous appartient d'aller plus avant avec l'ensemble de l'encadrement au regard des changements qui se sont opérés dans les Etablissements Publics de Santé. Dans une approche organisationnelle de ce type, nous devons poursuivre le développement de notre capacité à nous situer clairement en relation d'interdépendance et travailler aussi bien avec les membres de l'équipe de direction qu'avec l'encadrement médical et paramédical des pôles.

Au terme de notre réflexion, il nous apparaît comme une véritable opportunité d'initier un nouveau mode managérial au sein de l'hôpital. Dans l'exercice de notre future fonction, nous nous emploierons, en cohésion avec nos collaborateurs, à faire vivre les pôles. Nous avons l'ambition de mettre notre action en perspective en appréhendant le sens de ce à quoi nous consacrons notre énergie et nos efforts.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

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, 1996, Loi n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hôpital public et privé, journal officiel de la République Française, n° 98, 25 avril 1996.

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

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.

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

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005, Ordonnance n° 2005 – 406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Ouvrages

ABBAD J., *Organisation et management hospitalier*, Editions Berger-Levrault Paris
2001. 417 p.

CREMADEZ M., GRATEAU F., *Le management stratégique hospitalier*, Inter Editions, Masson, Paris, 1997. 445 p.

BERNOUX P., *La sociologie des organisations*. Editions du Seuil, Paris, 1985. 377 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*. Editions du Seuil, Paris, 1977. 448 p.

FRIEDBERG E., *L'analyse sociologique des organisations*, revue Pour, n°28, Paris, L'Harmattan, 1988. 124 p.

LE BOTERF G., *Ingénierie et évaluation des compétences*, Editions d'Organisation, 2002.

LE SCOLAN S., PELLET R., *Hôpitaux et Cliniques, Les nouvelles responsabilités*, Editions Economica, Paris, 2003. 271 p.

MINTZERG H., *Le pouvoir dans les organisations*. Les Editions d'Organisation, 1986. p. 39.

MORIN E., *Comprendre la complexité dans les organisations*. Paris-ASEPS, 1997. 85 p.

SERIEYX H., *Le zéro mépris*. Paris : Inter Editions, 1995, p.17.

SMITH H.L. cité par **HOLCMAN R.** *L'avènement de la gestion par pôle : dernier avatar de lutte de pouvoir à l'hôpital?* Gestions hospitalières. Mai 2006, p.329.

Articles revues professionnelles

ANATOLE TOUZET V., La gouvernance : compromis ou étape vers un nouveau management hospitalier ? *Revue hospitalière de France*, n°498 mai juin 2004.

CAILLET R., CRIE D., Organisation par pôles à l'hôpital public, *Gestions hospitalières*, octobre 2004.

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

DELPLANQUE R., Transformations culturelles et régulation sociale à l'hôpital, *Gestions hospitalières*, avril 2006.

DUBOYS-FRESNEY. C., *Objectifs Soins* n° 84 ; Le cahier du management p.2.

DUBOYS-FRESNEY. C., *Objectifs Soins* n° 98 ; Le cahier du management p.3.

FELMANN A., « Annoncés le 19 avril, les directeurs des soins sont arrivés ». *Revue de l'infirmière*, Juin 2002, n° 82, p.6.

HARDY J., Contractualisation interne et délégation de gestion. *Revue Hospitalière de France*, Novembre-Décembre 1997, n° 6, p.845.

LE BOTERF G., De quel concept de connaissance avons-nous besoin ? *Soins Cadres*. N° 41. Février 2002. p. 21.

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

MONTAGNON M., Pour une légitimité d'une direction des soins, *Objectifs soins*, n°140 novembre 2005.

PERRIER J., A quoi sert la recherche dans le domaine des soins infirmiers, *Revue Association suisse des infirmiers et infirmières*, mars 1980.

REYNAUD JD., Le management par les compétences : un essai d'analyse. *Sociologie du travail*, n°43 – 1, janvier – mars 2001.

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

SONNTAG M., VAUDELIN JP., La compétence collective, *Gestions hospitalières*, avril 2006.

VILLENEUVE P., La mise en place des pôles d'activité à l'hôpital : enjeu et méthode, *Revue du Cadre soignant*, n°13, octobre 2004.

Autres publications

GUIDE D'UTILISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.

M. MAZARD, CGS. CHU de Nice. Mars 2005.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation, septembre 2004.

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

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management. Janvier 2005.

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Visite de certification avec experts visiteurs d'un établissement de santé de Soins de Suite et de Rééducation en région Aquitaine, septembre 2007.

REPERTOIRE DES METIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE,

Editions ENSP, Rennes, 2004.

Mémoires ENSP

CHASTAGNOL N. Pôles d'activité et contractualisation interne : un enjeu managérial pour le Directeur des Soins. Mémoire de Directeur des Soins, ENSP, Rennes, 2004.

CIPICIANI I. Le management des cadres supérieurs et le service infirmier : l'engagement du Directeur des Soins. Mémoire de Directeur des Soins, ENSP, Rennes, 2005.

CORBIAT A., Le cadre supérieur acteur de changement dans la nouvelle gouvernance : un enjeu managérial pour le directeur des soins. Mémoire de Directeur des Soins, ENSP, Rennes, 2006.

DESPLAT CASTANIE F., Quelle stratégie managériale pour le Directeur des Soins dans une organisation en pôles d'activité ? Mémoire de Directeur des Soins, ENSP, Rennes, 2004.

DUCRET B. Directeur des Soins et cadres de santé : collaborer entre « bonne distance et juste proximité ». Mémoire de Directeur des Soins, ENSP, Rennes, 2005.

MASCLAUX JL., La mise en place des pôles d'activité médicale... une évolution dans le management du directeur des soins. Mémoire de Directeur des Soins, ENSP, Rennes, 2006.

Cours ENSP

SCHWEYER FX., Sociologie de l'organisation hospitalière, Département LAPSS, ENSP, Rennes, 2007.

BARTHES R., COUDRAY MA., Module GPEC, Filière Directeurs des Soins, ENSP, 2007.

SCHWEYER FX., Sociologie de l'organisation hospitalière, Département LAPSS, ENSP, 2007.

Autres

BERTRAND Xavier, Discours Journée Directeurs des Soins, 21 mars 2006.

Intervention de P. ZARIFIAN, professeur de sociologie à l'université de Marne la Vallée – sur le thème de « La coopération dans le travail » - Journée du 25 juin 2005 – Institut de Formation des Cadres de Santé du CHU de Dijon.

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

Liste des annexes

ANNEXE 1 Grille d'entretien des cadres supérieurs de pôles

ANNEXE II Grille d'entretien des directeurs des soins

ANNEXE III Grille d'entretien des directeurs et des médecins chefs
de pôles

ANNEXE 1

Grille d'entretien des cadres supérieurs de pôles

Bonjour, je m'appelle Murielle NAUCHE et je suis Directeur de Soins actuellement en formation à l'ENSP.

Je mène une recherche, dans le cadre d'un mémoire professionnel, sur l'engagement du Directeur des Soins dans l'accompagnement des Cadres Supérieurs de Santé référents de pôles : un véritable enjeu managérial.

Cet entretien est réalisé dans l'anonymat et le respect de la confidentialité.

Je vous remercie pour votre collaboration.

1. Pouvez-vous me raconter ce qui a déterminé ou motivé à accepter ce rôle au sein du pôle ?
2. Pouvez-vous me dire ce qui a changé dans votre collaboration avec le Directeur des Soins dans le nouveau mode de gestion de l'hôpital en pôles d'activités ?
3. Pouvez-vous m'expliquer ce que cela change pour vous ? Pour les Cadres de Santé ? En quoi cela modifie-t-il votre exercice professionnel ?
4. Comment définissez-vous le rôle et la place des Cadres Supérieurs de Santé référents de pôles dans l'institution en termes de :
 - responsabilités ?
 - marges de manœuvre et d'intervention ?
 - relations avec le Directeur du Centre Hospitalier, l'encadrement et les médecins ?
5. Selon vous, quelle plus value cette organisation en pôles apporte-t-elle aux Cadres Supérieurs et à l'institution hospitalière ?
6. Selon vous, pensez-vous que des compétences spécifiques soient à développer pour être Cadre Supérieur de Santé référent de pôle ?
7. Quelles attentes avez-vous du Directeur de l'institution hospitalière et du Directeur des Soins afin d'optimiser votre positionnement au sein du pôle et votre accompagnement dans la mise en place progressive de la délégation de gestion ?

ANNEXE II

Grille d'entretien des directeurs des soins

Bonjour, je m'appelle Murielle NAUCHE et je suis Directeur de Soins actuellement en formation à l'ENSP.

Je mène une recherche, dans le cadre d'un mémoire professionnel, sur l'engagement du Directeur des Soins dans l'accompagnement des Cadres Supérieurs de Santé référents de pôles : un véritable enjeu managérial.

Cet entretien est réalisé dans l'anonymat et le respect de la confidentialité.

Je vous remercie pour votre collaboration.

1. Comment définissez-vous votre collaboration avec les Cadres Supérieurs de Santé dans le nouveau mode de gestion de l'hôpital en pôles d'activités avec la mise en place progressive de la délégation de gestion ?

2. Comment définissez-vous le rôle et la place des Cadres Supérieurs de Santé référents de pôles dans l'institution hospitalière en termes de :

- responsabilités ?
- marges de manœuvre et d'intervention ?
- relations avec le Directeur du Centre Hospitalier, de l'encadrement et les médecins ?

3. Selon vous, quelle plus value cette organisation en pôles apporte-telle aux Cadres Supérieurs et à l'institution hospitalière ?

4. Selon vous, pensez-vous que des compétences spécifiques soient à développer pour mener à bien les missions de Cadre Supérieur de Santé référent de pôle ?

5. Comment envisagez-vous l'accompagnement des Cadres Supérieurs de Santé référents de pôles afin de favoriser la mise en place progressive de la délégation de gestion et le développement d'une cohérence inter-pôles ?

ANNEXE III

Grille d'entretien des directeurs et des médecins chefs de pôles

Bonjour, je m'appelle Murielle NAUCHE et je suis Directeur de Soins actuellement en formation à l'ENSP.

Je mène une recherche, dans le cadre d'un mémoire professionnel, sur l'engagement du Directeur des Soins dans l'accompagnement des Cadres Supérieurs de Santé référents de pôles : un véritable enjeu managérial.

Cet entretien est réalisé dans l'anonymat et le respect de la confidentialité.

Je vous remercie pour votre collaboration.

1. Pouvez-vous me dire ce qui a changé dans votre collaboration avec le Directeur des Soins et les Cadres Supérieurs de Santé dans le nouveau mode de gestion de l'hôpital en pôles d'activités avec la mise en place progressive de la délégation de gestion ?
2. Comment définissez-vous le rôle et la place des Cadres Supérieurs de Santé référents de pôles au sein de l'institution hospitalière en termes de :
 - responsabilités ?
 - marges de manœuvre et d'intervention ?
 - relations avec le Directeur du Centre Hospitalier, l'encadrement et les médecins ?
3. Selon vous, quelle plus value cette organisation en pôles apporte-t-elle :
 - aux Cadres Supérieurs ?
 - à l'institution hospitalière ?
4. Pensez-vous que cette nouvelle organisation pose problème aux Cadres Supérieurs ? Avez-vous repéré des difficultés ? Si oui, de quelle nature ?
5. Selon vous, pensez-vous que des compétences spécifiques soient à développer pour mener à bien les missions de Cadre Supérieur de Santé référent de pôle ?
6. Comment envisagez-vous l'accompagnement des Cadres Supérieurs de Santé référents de pôles afin de favoriser la mise en place progressive de la délégation de gestion ?