
Filière Directeur des Soins

Promotion : **2011**

Date du Jury : **Décembre 2011**

**La délégation de gestion :
Une coordination en question
Des coopérations à promouvoir**

Martine SEILLIER

Remerciements

Une formation n'est pas un long fleuve tranquille. C'est un chemin semé de doutes, de joies et de rencontres.

Aussi, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue tout au long de cette année.

Tout d'abord, les Directeurs des Soins qui m'ont accueillie, enrichie par leur professionnalisme et la richesse des échanges que nous avons eus.

Mais aussi les professionnels qui grâce à leur disponibilité, leurs conseils et leur expertise m'ont permis de réaliser ce travail de recherche et d'en tirer des enseignements pour mon futur exercice.

Un immense merci à mon mari et mes filles qui ont su m'encourager, me faire confiance et me donner l'amour dont j'avais besoin. Cette année de formation, nous a tous fait grandir de manière différente. Rien ne sera plus jamais à l'identique.

Enfin, un grand merci aux membres du « G7 VILLERME » pour les moments de convivialité, d'échanges et de bonne humeur sans qui cette année n'aurait pas eu la même tonalité.

A Emma et Chloé.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE A LA DELEGATION DE GESTION : DES NOUVEAUX MODES DE MANAGEMENT	5
1.1 Evolution des modes de coordination au sein de l'organisation hospitalière	5
1.1.1 Du modèle bureaucratique à l'organisation polaire	5
1.1.2 Théorie de l'agence et contractualisation	7
1.2 La délégation de gestion : une évolution managériale incontournable	9
1.2.1 Un cadre, des enjeux et des modalités de mise en œuvre	9
1.2.2 Une mise en place progressive	12
1.3 Nouveau mode de management du directeur des soins	13
1.3.1 Un rôle de coordination renforcé	13
1.3.2 Un rôle de coopération à promouvoir	16
2 UNE REALITE DE TERRAIN RICHE D'ENSEIGNEMENTS	19
2.1 La méthodologie de l'enquête	19
2.1.1 Un CHU empreint d'une culture de délégation de gestion	19
2.1.2 Des acteurs de différents niveaux de responsabilité	20
2.1.3 La production de discours et de sens	21
2.1.4 Une recherche contextualisée: élément d'acculturation	22
2.2 La délégation de gestion : le point de vue des acteurs	22
2.2.1 L'émergence d'un nouveau registre d'expression	22
2.2.2 Des attentes nouvelles dans le champ de la délégation de gestion	26
2.2.3 Des attentes nouvelles vis-à-vis du rôle du directeur des soins	29
2.2.4 Mise en perspective des hypothèses	33
3 DE NOUVELLES MODALITES DE COORDINATION FONDEES SUR DES NOTIONS DE COOPERATION	35
3.1 Une collaboration avec les différents acteurs	35
3.2 L'accompagnement des cadres supérieurs de pôle : élément clé de la mise en œuvre des notions de coopération	37
3.3 Un projet de soins porteur de valeurs et source d'autonomisation	39
3.4 Des coopérations inter pôles à promouvoir	41
3.4.1 La mutualisation des ressources humaines	41
3.4.2 Une réflexion sur les organisations médico soignantes	43

Conclusion.....	45
Bibliographie	47
Liste des annexes.....	I
ANNEXE I.....	II
ANNEXE II.....	III
ANNEXE III.....	IV
ANNEXE IV	V

Liste des sigles utilisés

CGS	Coordonnateur Général des Soins
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico Techniques
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CSP	Cadre Supérieur de santé responsable de Pôle
DGA	Directeur Général Adjoint
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
PRE	Plan de Retour à l'Equilibre

INTRODUCTION

Les établissements sanitaires, sociaux et médico sociaux « *sont en interconnexion avec un environnement très mouvant* »¹ et sont entrés dans une phase de mutation accélérée tant sur le plan de l'évolution constante des progrès médicaux et des besoins de santé de la population, que sur celui des réformes.

Aujourd'hui, l'hôpital doit être pensé en termes d'efficience et de performance, tout en s'inscrivant dans une politique et une stratégie territoriale, en développant une politique de qualité et de sécurité des soins et en adaptant son management interne au fil des réformes. Ces évolutions couplées à la mise en place de nouveaux modes de financement, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, demandent de la part des managers hospitaliers de grandes capacités à gérer et accompagner le changement.

Dans ce cadre, la Nouvelle Gouvernance reposant sur l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 et plus récemment la loi n°2009-279 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) redéfinissent, entre autres mesures, l'architecture générale de l'organisation interne de l'hôpital. « *Architecture qui accroît la capacité de décision des différents niveaux hiérarchiques de l'hôpital* ». ²

Dés lors, de nouveaux modes de management inspirés du monde des entreprises se mettent en place dans les hôpitaux. Ils tentent de développer la coordination entre les différents acteurs hospitaliers et conditionnent en grande partie la performance des établissements de santé. Ils se traduisent par le développement de l'organisation polaire et de la contractualisation interne, avec une logique de responsabilisation des acteurs dans la réussite des objectifs fixés dans les contrats de pôle, dans la gestion et le management du pôle.

Cette évolution libérale de l'organisation hospitalière s'accompagne du développement de la délégation de gestion et plus récemment de la délégation de signature. La délégation de droits décisionnels, basée sur le principe de subsidiarité, consiste à octroyer les marges de manœuvre nécessaires dans des actes de gestion courante aux responsables de pôle. Il s'agit de leur déléguer la possibilité de décider dans certains domaines relevant traditionnellement de l'autorité du chef d'établissement.

¹ BARTHES R., août 2010, « Dessine moi le cadre de demain... », *Soins Cadres*, pp 20-23.

² Agence Nationale d'Appui à la Performance, *La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre*. 160 p.

Ce changement managérial impacte tous les acteurs des établissements de santé qu'il s'agisse du directeur, des chefs de pôle, des cadres responsables de pôle et bien entendu du directeur des soins.

Les responsables hospitaliers voient leur positionnement évoluer, les lignes hiérarchiques se modifient ainsi que les modes de collaboration. Ils doivent s'adapter à ces nouveaux modes organisationnels qui nécessitent la mise en place de dispositifs de contrôle mais aussi de coopération.

Accompagner ces changements nécessite l'adaptation de la stratégie managériale des managers hospitaliers³ et plus particulièrement du directeur des soins. C'est pour eux un véritable enjeu managérial que de susciter un intérêt à coopérer chez les acteurs majeurs que sont les chefs de pôle et les cadres responsables de pôle. En effet, dans le cadre de la délégation de gestion, il est nécessaire que les acteurs des établissements publics de santé puissent « *avoir une capacité collective à se mobiliser autour d'objectifs déterminés et déclinés en commun* »⁴.

A l'instar de ces évolutions, les enjeux pour les établissements de santé et leurs managers sont dans le cadre de la délégation de gestion, le maintien de la cohérence institutionnelle tout en prenant en compte la construction de l'action collective, dans un contexte en évolution où les repères, les valeurs, les objectifs de chacun peuvent être impactés.

Face à ce constat, ce mémoire a pour objectif de mener des investigations sur la délégation de gestion. Les raisons qui ont contribué au choix du sujet de mémoire sont les suivantes :

- L'organisation polaire prend une nouvelle dimension avec la loi HPST. Les pôles prennent plus d'autonomie. Les acteurs de pôles que sont les chefs de pôle et les cadres responsables de pôle disposent d'une plus grande latitude dans l'organisation interne et le management du pôle qui se voit renforcer avec la délégation de gestion.
- La délégation de droits décisionnels, véritable changement culturel, suscite des interrogations et des attentes de la part des acteurs hospitaliers et notamment des cadres responsables de pôle. Constat que nous avons pu faire au cours de notre pratique ou lors de stages. Certains cadres souhaitent avoir une réelle autonomie dans la gestion des marges de manœuvre dont ils peuvent disposer, quand d'autres expriment des inquiétudes quant à la solidarité institutionnelle et aux compétences nécessaires pour piloter un pôle.

³ Par managers hospitaliers, il convient d'entendre : les différents membres de l'équipe de direction

⁴MARIN P., septembre 2010, « Les pôles d'activité : les hypothèses possibles entre échec et succès », *Les cahiers hospitaliers*, pp.26-27.

En tant que futur directeur des soins, il nous paraît nécessaire d'envisager les champs possibles d'une stratégie managériale à adapter à ce nouveau contexte de délégation de gestion.

Il s'agit de comprendre comment accompagner les chefs de pôle et les cadres responsables de pôle dans la gestion de leur zone d'autonomie, tout en concourant à une approche transversale et efficiente de l'organisation hospitalière.

Dés lors, ces remarques liminaires nous amènent à formuler la question de départ suivante :

En quoi le rôle de coordination du directeur des soins est interrogé dans l'accompagnement de la délégation de gestion ?

Les hypothèses de travail sont les suivantes :

H1 : *Un nouveau registre est utilisé par les acteurs hospitaliers lorsqu'ils parlent de la délégation de gestion.*

H2 : *La délégation de gestion suscite de nouvelles attentes vis-à-vis du rôle du directeur des soins.*

H3 : *Ces attentes mettent en exergue de nouvelles modalités de coordination fondées sur la notion de coopération.*

Pour répondre à cette problématique, notre démarche s'est articulée autour de deux axes principaux.

Tout d'abord, des recherches documentaires et bibliographiques qui permettent de fixer le cadre de l'analyse.

Puis, nous avons réalisé des entretiens auprès de plusieurs acteurs d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ayant une antériorité en termes de contractualisation et de délégation de gestion. Ces entretiens nous ont conduit à recueillir le ressenti des différentes parties prenantes sur la thématique envisagée, tout en nous en apportant une vision concrète.

La première partie de ce mémoire s'attachera à décrire l'évolution des modes de management au sein de l'organisation hospitalière. Nous envisagerons un éclairage théorique du sujet par une approche conceptuelle des notions de contractualisation, de délégation de gestion, de management et de coopération, dans un contexte de modernisation de la gouvernance des établissements de santé.

La seconde partie sera consacrée à l'exploration des hypothèses de travail retenues à travers un ensemble d'entretiens réalisés auprès de Directeurs d'Hôpitaux : Directeur Général Adjoint (DGA), Directeur des Finances, Directeur des Ressources Humaines (DRH), Directeur délégué⁵, de Directeurs des Soins (DS), mais aussi auprès de Cadres Supérieurs de santé responsables de Pôle(CSP) et de médecins chefs de pôle.

Enfin, les résultats de cette recherche feront l'objet d'une mise en perspective et un ensemble de réflexions et de propositions d'action seront envisagées.

⁵ Dans le cadre de notre étude, il convient d'entendre par directeur délégué, un directeur adjoint en charge de plusieurs pôles. Il vient en appui aux pôles et contribue au déploiement des politiques institutionnelles au sein des pôles.

1 DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE A LA DELEGATION DE GESTION : DES NOUVEAUX MODES DE MANAGEMENT

Les modes de fonctionnement et d'organisation des établissements publics de santé sont questionnés depuis plusieurs années. C'est pour remédier à ces critiques récurrentes faites à cette organisation typique des bureaucraties professionnelles que suite à de nombreuses réformes la Nouvelle Gouvernance, inspirée des règles de gouvernance du monde des entreprises, est mise en œuvre. Comportant un volet important de contractualisation et de délégation de gestion, cette réforme complétée par la loi HPST vise à promouvoir la coordination entre les acteurs hospitaliers, dans un contexte de modernisation et de démocratisation du management hospitalier.

1.1 Evolution des modes de coordination au sein de l'organisation hospitalière

Le management de l'organisation hospitalière évolue. On passe d'une conception pyramidale et segmentée à une approche transversale avec l'organisation polaire et la contractualisation.

1.1.1 Du modèle bureaucratique à l'organisation polaire

Comme pour bon nombre d'entreprises, efficience et performance sont les maîtres mots qui régissent l'hôpital, aujourd'hui.

Le modèle organisationnel de type bureaucratique montre aujourd'hui ses limites, du fait de sa rigidité, face aux enjeux que l'organisation hospitalière doit relever. Par bureaucratie, il faut entendre une organisation caractérisée par des procédures, une centralisation des décisions, une forte hiérarchie et des relations impersonnelles, telle que définit par M WEBER⁶. Elle traduit des liens de subordination dans une relation hiérarchique verticale et cloisonnée ainsi qu'une segmentation du travail, ne favorisant pas toujours la responsabilisation des acteurs, la mutualisation et la coopération.

Pour faire face à cette problématique, il est nécessaire « d'instaurer une nouvelle pratique se caractérisant par une dynamique globale génératrice d'une nouvelle forme d'interaction entre les principaux acteurs »⁷, en modifiant en profondeur les modes de fonctionnement et de management de l'hôpital.

⁶ FRIEDBER E., 1988, *L'analyse sociologique des organisations*, revue POUR n°28, Paris, PRIVAT, 126 p.

⁷ CREMADEZ M., GIRATEAU F., 1997, *Le management stratégique hospitalier*, 2^{ème} édition, Paris, Inter édition Masson, p 261.

Au regard de ces enjeux, des nouvelles règles de gouvernance se mettent en place. Certains auteurs parlent même de Corporate Governance recouvrant « l'ensemble des techniques et des outils d'organisation et de gestion qui ont pour effet de délimiter les pouvoirs et d'influencer les décisions des dirigeants »⁸.

Le Plan Hôpital 2007 entreprend une première réforme de la gouvernance hospitalière et cherche à mettre en place une coordination entre les médecins et les responsables administratifs par une logique de simplification et de déconcentration de gestion.

C'est dans ce cadre que l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 pose le principe d'une nouvelle organisation interne des établissements publics de santé avec entre autres mesures la création des pôles d'activité.

L'organisation polaire s'inscrit dans une logique de responsabilisation des acteurs, de délégation de gestion et de maîtrise de l'utilisation des ressources en confiant leur gestion aux acteurs de terrain sur la base du principe de « subsidiarité ». Principe qui permet de déconcentrer la décision au plus près des personnes concernées.

In fine, l'organisation polaire doit permettre de recentrer l'activité des établissements et des personnels sur la production, l'évaluation des soins, la prise en charge des patients en favorisant le découplage des services et en rendant plus transparentes les décisions de gestion et les circuits décisionnaires au sein de l'hôpital.

Ces différents éléments ont été renforcés par la loi HPST qui, tout en confirmant le principe de liberté d'organisation interne des établissements de santé, introduit par l'ordonnance de 2005, reconnaît le pôle comme le seul niveau de structure interne obligatoire. Elle « le consacre comme support de l'organisation interne de l'hôpital, lieu de déclinaison de la stratégie médicale et nouvel espace de management »⁹.

De plus, elle opère d'autres modifications destinées à approfondir la réforme de 2005, en renforçant notamment le rôle des chefs de pôle dans le cadre d'une gestion déconcentrée des pôles d'activité.

Le médecin, « chef de pôle d'activité »¹⁰, a un rôle et des compétences renforcées. « Pilote des centres opérationnels de l'hôpital »¹¹, il en est le manager et est responsable du fonctionnement du pôle. Chargé de mettre en œuvre au sein du pôle, la politique générale de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle, il bénéficie d'une délégation de certains pouvoirs décisionnels.

⁸ MORDELET P., 2006, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Rennes, Editions ENSP, P 45.

⁹ LAMBERT P., janvier- février 2011, « Management des pôles : un réseau de co responsabilité », *Revue Hospitalière de France*, n° 538, p 26.

¹⁰ Agence Nationale d'Appui à la Performance, *La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre*, p 38.

¹¹ Ibid. 9

Il a également une autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle et affecte les ressources humaines au sein du pôle au regard de l'activité et des objectifs prévisionnels du pôle.

Pour mener à bien ses missions, il est assisté par un cadre de santé ou une sage femme et un cadre administratif qui se situent en tant que collaborateurs du chef de pôle. Le cadre de santé, bien souvent un cadre supérieur, participe avec le chef de pôle à l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités de soins qui relèvent de sa compétence. Au demeurant, il est amené à avoir un regard plus affiné sur l'activité de son pôle, les marges de progression et d'évolution de ce dernier, tout en participant à l'analyse des recettes et des dépenses du pôle. Ces éléments entraînent une évolution du rôle des cadres de pôle, dans une organisation contingente qui demande réactivité et créativité.

En modifiant, les lignes hiérarchiques, « la réorganisation de la gouvernance interne a des effets restructurant sur le positionnement, le rôle et la place des encadrements de pôle »¹² mais aussi sur les autres acteurs que sont les directions fonctionnelles.

1.1.2 Théorie de l'agence et contractualisation

La mise en place des pôles d'activité participant à l'amélioration de la coordination interne d'une structure dont la forme organisationnelle est généralement verticale, va de pair avec la démarche de contractualisation interne. Cette dernière, initiée par l'ordonnance de 2005, réaffirmée et amplifiée avec la loi HPST, permet de formaliser les relations des différentes parties prenantes et les inscrit dans un processus d'engagement mutuel, dans un système de gouvernance modernisé.

Comprendre les relations entre les acteurs de l'organisation hospitalière passe souvent par une analyse théorique. Si tout n'est pas modélisable, l'effort d'abstraction fournit bien souvent des réponses aux questions les plus concrètes. C'est notamment le cas de la théorie de l'agence¹³ décrite par M.JENSEN et W. MECKLING. Théorie de coordination et de contrôle, elle étudie ce qui lie le commanditaire (ou le principal : celui qui délègue un pouvoir décisionnel) et son commandité (l'agent).

¹² BARTHES R., avril 2010, « Management : l'organisation en pôle change tout... ou presque », *Les cahiers hospitaliers*, pp 13-15.

¹³ CHARREAUX G., *La théorie positive de l'agence : positionnement et apports*. (visité le 04/09/2011), disponible sur Internet leg.u-bourgogne.fr

Dans le cadre de notre étude, il s'agit de comprendre ce qui lie la direction (le principal) aux acteurs du pôle (l'agent) dans un contexte d'organisation polaire et de gestion déconcentrée. Par acteurs de pôle, il convient d'entendre les chefs de pôle, les cadres supérieurs de pôle et bien entendu les équipes médicales et d'encadrement qui constituent le pôle.

La théorie de l'agence repose sur la notion de **relation d'agence** « qui est un contrat par lequel une ou plusieurs personnes engage une autre personne pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de décision »¹⁴. Cette relation d'agence sert à formaliser les relations entre des individus aux intérêts différents et à déterminer des contrats incitatifs optimaux adaptés aux situations les plus diverses. Il s'agit par ces contrats de minimiser les « **coûts d'agence** »¹⁵ engendrés par les divergences d'intérêts des parties prenantes, les comportements opportunistes des acteurs et l'asymétrie d'information détenue par le principal et l'agent pouvant être source de distorsions dans le processus de coordination.

Le contrat ayant des limites, notamment dans des structures soumises à des changements permanents comme les établissements hospitaliers, c'est la « direction » qui a le pouvoir de prendre les décisions en cas d'évènements non prévus dans le contrat. Ce système contractuel caractérisé par un principe hiérarchique permet de limiter les risques liés aux comportements opportunistes.

C'est dans ce cadre que la **généralisation du contrat** comme mode de gouvernance marque l'évolution des relations et de la **coordination** entre les différents acteurs hospitaliers. Par coordination, il faut entendre « fait de coordonner, de diriger les initiatives ou les actions de plusieurs personnes vers un but commun »¹⁶.

Aujourd'hui, l'hôpital se situe dans une approche contractuelle de l'organisation sur la base de l'allocation de droits décisionnels. Comme dans la théorie de l'agence, nous sommes sur une notion de « **nœud de contrat** »¹⁷ qui tente de formaliser les coordinations entre la direction et les acteurs hospitaliers en les inscrivant dans un processus d'engagement, afin d'optimiser la performance et l'efficacité de l'organisation hospitalière.

La coordination par le contrat semble indispensable dans un système où les décisions sont fragmentées. C'est en ce sens qu'une certaine cohérence dans les processus de décision pourra être assurée.

¹⁴ WEINSTEIN O. *Quelques controverses théoriques : l'entreprise dans la théorie de l'économie*. (visité le 04/09/2011), disponible sur Internet www.ladocumentationfrançaise.fr

¹⁵ CHARREAUX G., *La théorie positive de l'agence : positionnement et apports*. (visité le 04/09/2011), disponible sur Internet leg.u-bourgogne.fr

¹⁶ Dictionnaire Reverso. (Visité le 25/07/2011), disponible sur Internet <http://dictionnaire.reverso.net>

¹⁷ Ibid. 14, p 93.

Le contrat de pôle, outil opérationnel et de pilotage du pôle est signé, pour une durée de quatre ans, par le directeur avec le chef de pôle après avis du directoire.

Cette étape se situe avant l'élaboration du projet de pôle auquel le contrat donne le cadre. Projet qui doit être en cohérence avec les projets des autres pôles, le contrat de pôle mais aussi bien entendu le projet médical, le projet de soins et le projet d'établissement.

En ce sens, le contrat permet d'inscrire la politique du pôle dans une démarche stratégique institutionnelle et la « dynamique contractuelle tente d'organiser un jeu collectif »¹⁸.

Le contrat porte sur les conditions d'organisation et de production de soins. Il précise les modalités de fonctionnement et de gestion du pôle comme l'organisation interne du pôle, les délégations de signature, les relations avec les autres pôles, la gestion des ressources humaines, les modalités d'intéressement mais aussi les moyens alloués au pôle. Il comprend un volet d'objectifs en termes d'activité, de qualité et de sécurité des soins, élément rendu obligatoire dans le cadre de la loi HPST. Et enfin, il fixe les indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs.

Qu'il s'agisse de l'ordonnance de 2005 ou de la loi HPST, ces dernières positionnent le pôle comme lieu de déclinaison de la stratégie de l'établissement. L'organisation polaire et la contractualisation tentent de développer la coordination entre les différents acteurs hospitaliers et conditionnent en grande partie la performance des établissements de santé. C'est dans ce cadre rénové que se met en place progressivement la délégation de gestion.

1.2 La délégation de gestion : une évolution managériale incontournable

La délégation de gestion définie sur le plan réglementaire, représente une évolution libérale du management hospitalier, fait l'objet de réticences qui retardent sa mise en place et questionne le positionnement des directions fonctionnelles.

1.2.1 Un cadre, des enjeux et des modalités de mise en œuvre

Une déconcentration de gestion telle que proposée dans la gouvernance hospitalière doit se conjuguer à une déconcentration des procédures internes décisionnaires pour que la question de la décision se prenne aux échelons les plus proches de la production de soins.

¹⁸ MOISDON JC., *Du monde d'existence des outils de gestion*, dir ; HATCHUEL Editions Seli Arslan 1998, p 188.

Sur le plan fonctionnel, un mode de gestion trop centralisé a montré ses limites. Sur le plan sociologique, et dans tous les domaines, le rapprochement entre le niveau de décision et les acteurs chargés de sa mise en œuvre, facilite la compréhension et le suivi d'objectifs partagés. Objectifs qui doivent être déclinés en fonction du contexte spécifique de chaque pôle. Cependant, il est nécessaire de permettre aux acteurs des pôles de bénéficier de marges de manœuvre afin de leur donner plus de souplesse et d'autonomie dans la gestion du pôle et l'atteinte des objectifs.

Inscrite dans la Nouvelle Gouvernance et réaffirmée dans la loi HPST, la délégation de gestion s'impose sur le plan légal aux chefs d'établissement.

Si l'ordonnance de 2005 faisait référence à la notion de délégation de gestion, aujourd'hui la loi HPST en précise davantage les contours en la situant dans le cadre d'une délégation de signature. En effet, le décret du 11 juin 2010¹⁹ précise que le chef d'établissement a la possibilité de donner au chef de pôle une délégation de signature lui permettant d'avoir les marges de manœuvre nécessaires à la mise en œuvre du contrat de pôle.

Cette délégation de signature ne peut concerner que des champs entrant dans la gestion du pôle. Elle est autorisée sur la base d'un texte réglementaire, accordée par décision explicite précisant l'identité du délégataire et l'étendue de la délégation, et peut être retirée à tout moment.

Le contrat de pôle, co signé par le directeur et le chef de pôle d'activité, définit les champs et les modalités de la délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :

- Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents
- Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux
- Dépenses à caractère hôtelier
- Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical
- Dépenses de formation de personnel

La délégation de signature doit venir en appui aux autres droits décisionnels dont disposent les chefs de pôle et les cadres de pôle qui les assistent. Cet espace de décision concerne l'organisation interne des pôles, l'affectation des personnels au sein du pôle, mais aussi l'organisation de la continuité des soins et la conduite de projets, notamment dans l'organisation des filières de prise en charge des patients.

¹⁹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité cliniques ou médico-techniques dans les établissements publics de santé. Journal Officiel de la République Française, n°0136 du 15 Juin 2009, 10942.

C'est en ce sens que nous parlerons de délégation de gestion qui doit s'inscrire dans un processus global de coordination visant à faire évoluer le rôle de chacun.

Cette gestion décentralisée nécessite une évaluation périodique des objectifs et de l'emploi des ressources déléguées, avec une visée certes de contrôle mais aussi d'échanges et de développement des relations coopératives entre la direction et le pôle.

Elle doit également s'accompagner d'outils de pilotage partagés, efficaces et performants, mis à la disposition des pôles. Ces outils «doivent être reconfigurés pour un usage par les pôles et pas seulement par et pour les directions fonctionnelles»²⁰.

En effet, la délégation de gestion doit participer à faciliter la gestion des pôles et non alourdir la tâche des chefs de pôle, des cadres de pôle et des cadres administratifs. Il est essentiel que les acteurs du pôle puissent se recentrer sur le soin et son optimisation, mission première de l'organisation hospitalière.

Avec la délégation de gestion, il ne s'agit pas de décentraliser la contrainte financière au niveau des pôles et les responsabilités financières et sociales au niveau des médecins, mais de responsabiliser et donner une certaine autonomie de gestion aux pôles dans un cadre formalisé. « Ceci suppose un rapport de confiance entre les acteurs internes, un réel « affectio societatis »²¹ et un vrai « pacte stratégique de développement »²².

Aujourd'hui, « la délégation de gestion aux pôles d'activité est la traduction de la mise en responsabilité des chefs de pôle et des équipes qui les assistent dans l'exercice de cette responsabilité »²³. Cette évolution managériale impacte tous les acteurs des établissements de santé qu'il s'agisse de la direction générale, des chefs de pôle, des cadres de pôle et des directions fonctionnelles.

Les responsables hospitaliers voient leur positionnement évolué. Les lignes hiérarchiques se modifient ainsi que les modes de collaboration. Ils doivent s'adapter à ces nouveaux modes organisationnels, donner du sens à ces nouvelles modalités de gestion, développer les modes de coopération entre les pôles afin d'optimiser la qualité de la prise en charge et des parcours des patients.

²⁰ FOURCADE JP., Juillet 2011, Rapport au Parlement. « Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé », Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

²¹ Affectio societatis est ici entendu comme une réelle volonté de collaborer animant les différentes parties prenantes se traduisant par un consentement au contrat.

²² MARIN P., septembre 2010, « Les pôles d'activité : les hypothèses possibles entre échec et succès », *Les cahiers hospitaliers*, pp.26-27.

²³ LAMBERT P., janvier- février 2011, « Management des pôles : un réseau de co responsabilité », *Revue Hospitalière de France*, n° 538, p 26.

1.2.2 Une mise en place progressive

Même si la délégation de gestion et plus récemment la délégation de signature sont inscrites sur le plan réglementaire, on note des difficultés de mise en place dans les établissements de santé « de cette évolution libérale liées à son appropriation et sa déclinaison par les acteurs de terrain »²⁴.

Cette thématique a fait l'objet de plusieurs rapports dont celui de l'IGAS²⁵ en février 2010 et celui au Parlement en juillet 2011²⁶. Les auteurs de ces rapports constatent à partir de retours d'expérience que l'évolution du management hospitalier dans le sens d'une délégation effective aux pôles d'activité est encore loin d'être généralisée.

Force est de constater que beaucoup d'établissements se sont avant tout mobilisés pour définir les contours des pôles et identifier les personnalités médicales susceptibles d'en prendre la direction.

Les contrats de pôle ont bien souvent des contenus limités et pour beaucoup de directeurs d'hôpital donner une trop large autonomie de gestion fait courir un risque de dérapage économique. Par ailleurs, les Plans de Retour à l'Equilibre(PRE) et les difficultés de restructuration sont souvent mis en avant pour justifier la réticence à la délégation de gestion.

L'organisation polaire et la contractualisation ont permis une acculturation des chefs de pôle d'activité, des cadres de pôle et des cadres administratifs à la gestion médico économique, tout en développant les modes de coordination et de coopération au sein de l'organisation hospitalière.

Certes, l'organisation polaire et la contractualisation, en modifiant les repères institutionnels, ont favorisé le dialogue entre la direction et les pôles, l'articulation entre projets d'établissement et de pôle. Cependant, si l'on souhaite pérenniser l'investissement des différents acteurs de pôle, il semble utile de leur donner les marges de manœuvre nécessaires dans des actes de gestion courante et de « franchir une nouvelle étape rapidement, celle des délégations de gestion et de moyens aux pôles »²⁷.

²⁴ MARIN P., septembre 2010, « Les pôles d'activité : les hypothèses possibles entre échec et succès », *Les cahiers hospitaliers*, pp.26-27.

²⁵ ZEGGAR H., VALLET G., Février 2010 Rapport IGAS «Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé ».

²⁶ FOURCADE JP., Juillet 2011, Rapport au Parlement. « Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé », Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

²⁷ Ibid. 25, p 10.

Au regard de ces éléments, la délégation de gestion semble être une évolution managériale incontournable, si l'on souhaite élargir la responsabilisation des acteurs de pôle. Cependant, ce changement ne peut s'opérer sans une « acculturation des équipes de direction à cette nouvelle configuration »²⁸.

Le management hospitalier prend une nouvelle dimension avec la délégation de gestion. On change de paradigme. On passe d'un management pyramidal **à un fonctionnement en réseau de co responsabilité**. Les acteurs des pôles que sont les chefs de pôle d'activité et les cadres de pôle disposent d'une plus grande latitude dans l'organisation, la gestion et le management du pôle. Evolution qui questionne le positionnement, le fonctionnement des directions fonctionnelles et suppose que « le directeur et l'équipe de direction s'organisent différemment pour soutenir et accompagner les activités, les initiatives, les innovations, et donc la performance générale des pôles dans une stratégie territoriale ouverte et concertée »²⁹.

Dans ce contexte, il importe de clarifier les processus de décisions et de maintenir les équilibres sociaux tout en réaffirmant l'unité institutionnelle. Chaque acteur « doit se concevoir comme apportant sa contribution à la réalisation d'un objectif commun et non comme détenteur d'un pouvoir ou d'un territoire »³⁰. Il s'agit de réaffirmer la cohésion institutionnelle et les relations coopératives entre les différentes composantes de l'hôpital, au bénéfice de la qualité des parcours de soins des patients.

1.3 Nouveau mode de management du directeur des soins

La délégation de gestion constitue une évolution managériale incontournable, dans un contexte en évolution où les repères, les valeurs, les objectifs de chacun peuvent être impactés. A cet égard, les enjeux pour les établissements de santé et leurs managers sont le maintien de la cohérence institutionnelle, tout en prenant en compte la construction de l'action collective et coopérative.

1.3.1 Un rôle de coordination renforcé

La délégation de gestion se fonde sur des règles nouvelles du jeu collectif, intéressant une vision plus horizontale du management hospitalier.

²⁸ ZEGGAR H., VALLET G., Février 2010 Rapport IGAS « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », p 10.

²⁹ TOUPILLIER D., juin 2011, « Vers la direction d'un hôpital en réseaux », *Managers de santé*, pp 14-17.

³⁰ FOURCADE JP., Juillet 2011, Rapport au Parlement. « Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé », Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, p 14.

Constituant un enjeu majeur en termes d'évolution managériale pour les établissements de santé, elle n'est pas sans conséquence sur le positionnement des acteurs et nécessite une acculturation des équipes de direction. Au même titre que les autres directeurs, le directeur des soins est complètement impliqué dans cette évolution structurelle et organisationnelle.

Responsable de la politique de soins, le directeur des soins exerce « les fonctions de coordination générale des activités de soins, de rééducation et médico techniques »³¹.

Dans le cadre de la loi HPST, il voit ses missions renforcées sur le plan stratégique, tout en les associant à un rôle de coordination. Cette évolution lui permet de prendre une place prépondérante dans la restructuration du système de gouvernance et le situe en tant que décideur stratégique.

En effet, en tant que président de la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico Techniques (CSIRMT), il est « membre de droit du directoire, il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement »³². A ce titre, il s'inscrit dans **un rôle plus stratégique et politique**.

De plus, sa vision transversale de l'organisation hospitalière apporte une plus value aux orientations que peut prendre le directoire en termes de conception, d'organisation, d'évolution des structures et des activités de soins.

C'est également dans ce cadre qu'il **participe à la négociation des contrats de pôles**. Il propose et évalue les objectifs des pôles sur la base d'indicateurs de suivi et de performance **dans le domaine de la politique de soins**. Politique qu'il conçoit sur la base des besoins du territoire au sein du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, de la stratégie et des ressources de l'établissement.

Eu égard au principe de subsidiarité, esprit même de la délégation de droits décisionnels, le directeur des soins développe un management déconcentré dans la mise en œuvre de la politique de soins.

La traduction de la politique de soins en termes d'objectifs au niveau des pôles, inscrit le directeur des soins dans une relation contractuelle dite « d'agence » avec les pôles. Cette logique de contrat et d'évaluation nécessite la mise en place d'un système d'informations, de suivi des actions et des résultats.

Dés lors, le directeur des soins se situe dans une logique de contrôle pouvant être envisagée sous deux angles.

³¹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret du n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel de la République Française, n° 0227 du 30 septembre 2010, Art.4-1.

³² Ibid. 31.

Dans le cadre du contrôle, le directeur des soins s'assure de l'atteinte des objectifs fixés aux pôles dans le champ de la politique de soins, sur la base des indicateurs pré définis. Cette approche peut être associée à un contrôle basé sur l'échange et le dialogue. Cette option permet au directeur des soins de travailler avec les pôles sur l'appropriation de la politique de soins et de centrer ses actions sur une coordination cohérente des soins.

Le directeur des soins a également **un rôle de conseil et d'accompagnement** « des chefs de pôle dans l'exercice de leur autorité fonctionnelle dans le respect de la délégation de gestion »³³.

Avec la mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance et plus particulièrement la délégation de gestion, les chefs de pôle et les cadres de pôle sont appelés à jouer un rôle majeur dans le fonctionnement de l'hôpital. Ils sont amenés à avoir un regard plus affiné sur l'activité, les marges de progression et d'évolution du pôle. Ils ont ou auront à gérer les marges de manœuvre déléguées au pôle dans le cadre de la contractualisation, notamment dans le champ des ressources humaines et de l'organisation des soins au sein du pôle.

Accompagner ces changements, c'est également pour le directeur des soins organiser l'assistance et l'appui méthodologique aux pôles. De plus, c'est en développant une réflexion avec les acteurs des pôles que le directeur des soins participe à l'organisation de la cohérence des parcours de soins ainsi qu'à la répartition équitable des ressources humaines et des compétences entre pôles.

Avec la loi HPST et la délégation de gestion, le directeur des soins voit son champ d'actions se modifier. S'il garde la responsabilité de la direction des soins, son rôle s'oriente davantage vers la participation à la définition de la politique et de la stratégie de l'établissement, l'appui à la gestion des pôles, la conduite de projets transversaux. Son rôle est centré désormais vers des missions stratégiques, de contrôle, de conseil mais aussi de coordination.

Accompagner les acteurs des pôles dans la gestion de leurs marges de manœuvre et leur zone d'autonomie est un enjeu majeur pour le directeur des soins. Cependant, afin de contribuer à l'efficience de l'établissement, un autre enjeu aujourd'hui pour le directeur des soins est de générer des liens et de la cohérence entre les différents acteurs et plus particulièrement entre les pôles. Il importe qu'il impulse et porte les projets de l'établissement afin de fédérer, coordonner, décloisonner et intégrer les différentes logiques.

³³Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation, page 5.

1.3.2 Un rôle de coopération à promouvoir

L'évolution du management hospitalier tente de promouvoir et d'organiser la coordination autour d'objectifs partagés entre la direction et le pôle, dans le cadre d'une politique et stratégie institutionnelle. Comprendre ce qui amène les acteurs à coopérer, c'est-à-dire à travailler ensemble ou conjointement, doit amener les managers hospitaliers, dont le directeur des soins, à développer des stratégies d'accompagnement et d'adaptation de ces relations coopératives. Il importe d'éviter le cloisonnement des pôles et de veiller à la transversalité des actions menées.

Nous proposons d'aborder le processus coopératif sous un angle double et complémentaire avec les notions de coopération complémentaire et communautaire³⁴.

La coopération complémentaire

« **Le calcul est au cœur de cette coopération** »³⁵ qui est basée sur la différenciation des individus.

L'individu va être incité à coopérer au regard des ressources supplémentaires qu'il peut tirer de cette coopération. **Celle-ci se génère dans une rationalité stratégique dite calculatoire.** C'est « la congruence des intérêts individuels qui est au cœur de son développement »³⁶. Cette rationalité calculatoire nous renvoie à la question de l'opportunisme des individus développée dans la théorie de l'agence et qui nécessite la mise en place de contrats prévoyant des mécanismes « d'intéressement » aux performances et de « motivation » liés aux manières de gérer »³⁷, des procédures d'arbitrage en cas de conflit.

Le contrôle joue un rôle de régulation dans la gestion de cet opportunisme, mais c'est également un processus inhérent à la relation de coopération. Par contrôle, il faut entendre « un processus par lequel un individu apprend à connaître, influencer et coordonner les actions d'un autre dans le sens de ses attentes »³⁸.

La coopération communautaire

Contrairement à la coopération complémentaire, ce n'est pas la différenciation qui fonde la coopération communautaire mais bien la ressemblance entre individus et la quête identitaire. **C'est la rationalité identitaire qui est au cœur de cette coopération.**

³⁴ DAMERON S., *La dualité du travail coopératif*, (visité le 5/09/2011), disponible sur Internet www.cairn.info

³⁵ Ibid. 34

³⁶ Ibid. 34

³⁷ MOISDON JC., 1997, *Du monde d'existence des outils de gestion*, Paris, Editions Seli Arslan, p 167.

³⁸ NOGATCHEWSKY G., *L'exercice du contrôle dans la relation client fournisseur*, (visité le 5/09/2011), disponible sur Internet www.cairn.info.

Dans ce modèle coopératif, des groupes se constituent sur la base de la poursuite de buts communs dans lesquels les intérêts individuels se fondent. Il s'agit souvent de groupes où les perceptions des individus sont proches.

Ce type de coopération peut aussi s'instaurer dans le partage d'une tâche commune au sein de groupes soucieux d'être reconnus par les autres, désirant développer cette identité autour d'objectifs partagés dans un espace d'interactions avec d'autres groupes.

Ces deux types de coopération caractérisent les interrelations engagées par les acteurs hospitaliers dans le cadre de l'organisation polaire et de la contractualisation.

Cependant, le passage d'un processus de coopération à l'autre n'est pas linéaire et ne s'inscrit pas dans une dualité mais dans la complémentarité.

Le processus coopératif s'inscrit autour de trois phases :

- **La phase d'initialisation** est dominée par la coopération communautaire. L'équipe ou le pôle essaie de se constituer en tant que groupe dans les échanges avec la direction. Ces échanges se font autour des règles de fonctionnement des pôles, de la définition partagée des objectifs communs dans le cadre du contrat de pôle. Ils permettent d'inscrire le contrat et le projet de pôle dans une démarche stratégique et politique d'établissement.
- **La phase de transformation** permet aux acteurs du pôle d'interagir pour « la production du projet »³⁹, l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat de pôle et la réalisation du projet de pôle. Cette phase se situe plus dans le champ de la coopération complémentaire.
- **La phase de cristallisation** dominée par la coopération communautaire. Période au cours de laquelle le groupe ou le pôle construit son identité dans la matérialisation du projet.

Ces différentes phases nous permettent d'identifier le périmètre du pôle comme un système oscillant entre ouverture et fermeture vers les autres acteurs de l'organisation hospitalière et plus particulièrement les autres pôles.

En effet, les équipes de pôles vont se mobiliser autour du contrat et du projet de pôle dans le but de promouvoir les activités du pôle et de développer les ressources de ce dernier.

³⁹ DAMERON S., *La dualité du travail coopératif*, (visité le 5/09/2011), disponible sur Internet www.cairn.info

Néanmoins, elles vont également être incitées à agir autour d'objectifs et de valeurs communes centrées sur la prise en charge des patients, la qualité et la sécurité des soins en cohérence avec les projets médical, de soins et d'établissement. Eléments pouvant permettre d'envisager des coopérations inter pôles autour de projets partagés.

Dans ce cadre, il convient pour le directeur des soins de promouvoir les « coordinations horizontales »⁴⁰ autour du développement de groupes de travail transversaux permettant la conduite de projets entre les acteurs des différents pôles, mais aussi autour de notions d'entraide et de mutualisation des ressources indispensables dans des contextes de contraintes budgétaires.

De plus, au-delà du développement de coopérations entre pôles, des échanges autour des connaissances, des compétences et des pratiques des différents acteurs vont pouvoir être établis.

Dés lors, nous pouvons envisager l'organisation hospitalière comme un « **nœud de compétences** plutôt que comme un nœud de contrats »⁴¹, élément qui donne une vision dynamique de l'organisation hospitalière. C'est en ce sens que les changements pourront être accompagnés et que des perspectives d'évolution des organisations se dessinent.

Identifier les modes de coopération est un enjeu essentiel pour le directeur des soins. En dépassant « la dualité entre ces deux logiques de comportement et de lien social »⁴² que sont la coopération calculatoire et complémentaire, il pourra saisir les mécanismes de l'action collective, travailler sur les synergies et promouvoir la transversalité entre les pôles où la mutualisation des compétences prendra tout son sens.

Dans le prolongement de cette réflexion, il nous a semblé opportun de confronter cette approche théorique avec la réalité de terrain.

Identifier le ressenti des acteurs de terrain face au processus de délégation de gestion ainsi que leurs attentes vis-à-vis du rôle du directeur des soins dans ce contexte, doit nous permettre de dégager des pistes de réflexion pour notre futur exercice

⁴⁰ ZARIFIAN P., 1996, *Travail et communication : essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*, Editions PUF-Sociologie d'aujourd'hui, p 182.

⁴¹ WEINSTEIN O., *Quelques controverses théoriques : l'entreprise dans la théorie de l'économie*. (visité le 04/09/2011), disponible sur Internet www.ladocumentationfrançaise.fr

⁴² DAMERON S., *La dualité du travail coopératif*, (visité le 5/09/2011), disponible sur Internet www.cairn.info

2 UNE REALITE DE TERRAIN RICHE D'ENSEIGNEMENTS

Dans le cadre de notre travail, la méthodologie sera centrée sur le recueil de données auprès de différentes catégories professionnelles d'un CHU. Etablissement qui a, d'une part, initié une politique de contractualisation et de délégation de gestion depuis plusieurs années et, d'autre part, mené un Plan de Retour à l'Equilibre(PRE).

Cette enquête a pour objectif de nous permettre d'explorer les hypothèses suivantes :

H1 : *Un nouveau registre est utilisé par les acteurs hospitaliers lorsqu'ils parlent de la délégation de gestion.*

H2 : *La délégation de gestion suscite de nouvelles attentes vis-à-vis du rôle du directeur des soins.*

H3 : *Ces attentes mettent en exergue de nouvelles modalités de coordination fondées sur la notion de coopération.*

2.1 La méthodologie de l'enquête

La méthodologie utilisée concerne le choix du terrain de l'enquête et ses particularités, le profil des personnes interrogées, les méthodes et outils de recueil de données, le traitement des données et enfin les limites et points forts de cette étude.

2.1.1 Un CHU empreint d'une culture de délégation de gestion

Pour cette étude, nous avons souhaité réaliser nos investigations dans un seul établissement, afin d'appréhender dans sa totalité le processus de délégation de gestion. Il s'agit d'un CHU de 3000 lits et places. A la fois, établissement de proximité, de recours et de recherche, il réalise 5,7% de séjours relevant de l'activité de CHU.

Après une forte croissance du déficit entre 2005 et 2007(4%), le CHU retrouve progressivement le chemin de l'équilibre financier entre 2008 et 2010 au delà des objectifs du contrat de retour à l'équilibre financier. Ces résultats sont dus à une reprise, une meilleure valorisation de l'activité et à une maîtrise accrue des dépenses de personnel. Le CHU pense être à l'équilibre financier en 2011.

Le CHU est organisé autour de 15 pôles cliniques et médico techniques, 5 pôles administratifs complètent ce dispositif. Un de ces pôles regroupe 6 « plateformes » composées chacune de plusieurs pôles.

Chaque plateforme est gérée par un directeur délégué et un directeur des soins. Ils assurent un rôle d'interface, de conseil et contribuent au déploiement des politiques institutionnelles au sein des pôles.

Actuellement, le CHU mène une réflexion quant au dimensionnement et à la taille critique des pôles. 11 Pôles Hospitalo Universitaires devraient être constitués.

La mise en place des pôles a débuté progressivement dès 1998 pour se généraliser à l'ensemble de l'établissement en 2000. C'est dans ce cadre que la contractualisation et la délégation de gestion ont été développées. Cependant, au regard de la crise qu'a traversé le CHU sur le plan financier, le système de gestion est actuellement de type centralisé, avec une subsidiarité limitée.

La culture de délégation de gestion et le contexte contraint de l'établissement nous ont semblé des éléments pertinents pour appréhender le rôle de coordination du directeur des soins.

2.1.2 Des acteurs de différents niveaux de responsabilité

Dans le cadre de cette étude, des entretiens ont été réalisés auprès d'acteurs ciblés ayant différents niveaux de responsabilité. Ils sont directement concernés par la délégation de gestion au sein de l'établissement et par les impacts qu'elle engendre sur leur mode de management.

Le choix des personnes interviewées s'est orienté vers : le DGA, le DRH, le directeur des finances, un directeur délégué, deux chefs de pôle, cinq DS dont le coordonnateur général des soins (CGS) et cinq cadres supérieurs de pôle. Le directeur délégué, un DS et les CSP exercent leur fonction sur la même plateforme.

Les seize entretiens réalisés ont permis, de part la représentativité des acteurs de croiser les regards qu'ils portent sur :

- la délégation de gestion et la contractualisation
- leurs attentes vis-à-vis du rôle du directeur des soins
- le rôle de coordination du directeur des soins

Afin d'étayer la compréhension du processus de contractualisation et de délégation de gestion de l'établissement, tous les documents disponibles et mis à disposition en interne ont été consultés (projet d'établissement, projet de soins, contrats de pôle, projets de pôle, contrat de performance avec l'Agence Nationale d'Appui à la Performance...).

2.1.3 La production de discours et de sens

S'agissant d'appréhender l'expérience et le ressenti des personnes interrogées dans le cadre de la délégation de gestion, la technique retenue a été celle d'un recueil de données qualitatif par le biais d'entretiens semi directifs. En effet, l'entretien « fait appel au point de vue des acteurs et donne à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité, une place de premier plan »⁴³. Il permet d'obtenir un discours relativement libre sur le sujet traité et sur le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques.

Dans un premier temps, un guide d'entretien a été réalisé. Il a été testé auprès de professionnels, dans le cadre d'entretiens exploratoires et complété en tenant compte des remarques faites lors de ce test.

Puis, les entretiens ont été préparés sur la base de guides d'entretiens adaptés aux spécificités des fonctions des personnes rencontrées, postulant que leurs perceptions peuvent diverger en fonction de la position qu'elles occupent et de leurs prérogatives.

Quatre guides d'entretien ont été élaborés :

- Guide entretien semi directif cadres supérieurs de pôle (**Annexe 1**)
- Guide entretien semi directif chefs de pôle (**Annexe 2**)
- Guide entretien semi directif directeurs des soins (**Annexe 3**)
- Guide entretien semi directif directeurs (DGA, DRH, directeur des finances, directeur délégué) (**Annexe 4**)

Concernant le déroulement des entretiens, ils ont été enregistrés après accord préalable des personnes concernées et sous réserve des garanties d'anonymat et de confidentialité inhérentes à ce genre de pratique.

L'analyse des données a consisté à chercher à extraire de chaque entretien, les éléments forts du discours de chacun. Chaque entretien, d'une durée d'environ 45 minutes, a été analysé par le biais d'une grille d'analyse thématique. Cette dernière a été construite à partir des hypothèses formulées en début de recherche.

⁴³ BLANCHET A., GOTMAN A., 2010, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, 2^{ème} édition, Paris, Armand COLIN, 126 p.

2.1.4 Une recherche contextualisée: élément d'acculturation

➤ Les limites

Les informations extraites de cette étude de terrain ne sont que le reflet de la réalité d'un CHU et ne permettent pas de généraliser les résultats, même si certains éléments font écho aux thèmes abordés dans le cadre conceptuel.

Par ailleurs, les données qualitatives recueillies au cours de cette recherche mettent en évidence les faits les plus marquants du point de vue des acteurs interviewés, avec les limites et la subjectivité propres à chacun. Enfin, on peut regretter le nombre peu important de chefs de pôle interviewés, mais au regard des disponibilités de chacun, l'échantillon n'a pu être étoffé.

➤ Les points forts

La culture de délégation de gestion de l'établissement et le retour à un système de gestion de type centralisé, avec une subsidiarité limitée sont des éléments intéressants en termes d'approche, de compréhension et d'accompagnement du processus de délégation.

Les recherches bibliographiques, les échanges avec les différents professionnels ayant une expérience avérée dans le champ de la contractualisation et de la délégation nous ont permis d'étayer nos connaissances sur ces thématiques et ont participé à notre acculturation. Eléments qui devraient nous permettre d'aborder avec plus de professionnalisme ces domaines lors de notre future prise de fonction.

2.2 La délégation de gestion : le point de vue des acteurs

Les personnes interviewées abordent la délégation de gestion sous différents aspects. Si elles en parlent en termes de système de gestion centralisée et ont intégré le modèle de « l'agence », l'émergence de nouvelles attentes se concrétisent en termes de responsabilisation, d'autonomisation et de développement des coopérations entre pôles.

2.2.1 L'émergence d'un nouveau registre d'expression

A) Un système de gestion centralisée, avec une subsidiarité limitée

Le système de gestion, au sein de l'établissement enquêté, est actuellement de type centralisé, avec une subsidiarité limitée. Cette organisation est légitimée et comprise par tous comme ayant été nécessaire dans la crise qu'a traversé le CHU.

Les directions fonctionnelles et les directions de pôle ont des marges de manœuvre décisionnelles relativement limitées et quand elles existent, fortement encadrées.

La gestion déléguée de crédits est peu développée au niveau des pôles. Il n'y a pas de délégation de signature. Ces éléments ont été relayés notamment lors des entretiens du directeur des finances et du DRH qui précisent : « *La délégation est très verrouillée : pas de déclenchement de commandes directes. On est sur du suivi rapproché* », « *Avec le PRE, on est passé sur un système où toutes les demandes sont validées. C'est très centralisé* ». Un chef de pôle précise : « *Dans le cadre des contrôles budgétaires, on est avant tout dans la justification* ».

B) Une théorie de l'agence intégrée qui montre ses limites

Les notions de contractualisation, de contrôle, de mise en place de règles et d'indicateurs précis et partagés sont intégrées comme étant inhérentes à la délégation de droits décisionnels par les acteurs du CHU. Un cadre indique : « *La délégation n'exclut pas le rendre compte et les analyses médico économiques ont une place importante, elles permettent de cadrer* », quand un autre précise « *Il y a besoin de règles claires, car sinon le budget peut disparaître rapidement. Il faut qu'il y ait une coordination* ».

Par ailleurs, ils reconnaissent la nécessité des outils de pilotage comme outils de suivi et d'aide à la décision.

Les différents acteurs interviewés s'inscrivent dans le champ de l'analyse médico économique. Les chefs de pôle et les CSP souhaitent la voir évoluer vers un outil de dialogue avec la direction dans le cadre de la contractualisation.

A cet égard, il importe pour ces acteurs de pouvoir adapter les contrats à la réalité du pôle, accompagner les projets du pôle et s'adapter aux évolutions des besoins de santé de la population. Actuellement, il leur semble être davantage dans la justification des dépenses et même dans « *la gestion de la pénurie* » pour certains CSP.

Un CSP précise « *la délégation de gestion doit pouvoir s'adapter à la réalité de notre objet de production, à l'évolution des besoins de la population. Aujourd'hui il y a un consumérisme auquel il faut faire face* ». Élément repris par un chef de pôle qui indique « *même si le contrôle est normal, il faut que ce soit un réel espace de discussion. Il est important que l'on puisse accompagner avec les contrats les évolutions dans les pôles* ».

C) Une vision divergente de la délégation de gestion

Pour les directeurs

Qu'il s'agisse du directeur des finances, du DGA ou du DRH, ils mettent en avant des inquiétudes quant à l'évolution de la délégation dans l'établissement. Le contexte budgétaire est mis en avant. Il leur semble difficile d'aller au-delà de ce qui existe aujourd'hui, si l'on souhaite préserver les équilibres budgétaires.

La notion de délégation de signature ne semble pas envisageable dans ce contexte. Le DRH précise d'ailleurs : « *Aujourd'hui, on ne voit pas comment aller au-delà en préservant des équilibres budgétaires, on est hyper méfiant* ».

Dans le discours de ces différents interlocuteurs, les difficultés financières que l'établissement a rencontrées restent très prégnantes. Cependant, ils reconnaissent la délégation de gestion comme une évolution managériale nécessaire. Délégation qui doit être cadrée et dont l'objectif est comme nous le précise le DGA « *de permettre d'accompagner les évolutions des projets médicaux en termes d'évolution des organisations et de l'activité* ».

Pour les directeurs des soins

Les DS interviewés reconnaissent les difficultés engendrées par une gestion centralisée. Ils n'envisagent pas d'évolution différente dans le contexte actuel. Ils estiment néanmoins que les pôles ont une certaine délégation, notamment dans le champ des ressources humaines et de l'organisation des pôles, même si cette dernière est cadrée.

Il leur paraît nécessaire de donner du sens à la délégation en la définissant au niveau de l'établissement, pas seulement sur le plan quantitatif mais aussi en termes de définition des circuits décisionnaires. Le CGS précise « *Pour moi dans la délégation, il faut faire des temps de régulation y compris sur la définition de cette délégation : quel sens elle prend. La subsidiarité n'est pas de laisser les acteurs de proximité décider de tout. Il faut redéfinir cette décision Un établissement doit se garder des marges de manœuvre en termes de gestion de projet et de gestion économique* ».

Par ailleurs, les DS interviewés situent la délégation de gestion dans le champ des compétences des chefs de pôle et des CSP qui les assistent. Un DS précise d'ailleurs : « *La délégation de gestion est quelque chose qui ne nous appartient pas. On est à l'extérieur de ça. C'est quelque chose qui se passe dans la contractualisation entre la direction et le pôle* ».

Ils envisagent davantage leur rôle en termes d'accompagnement des pôles à la réalisation des objectifs fixés dans le cadre du contrat, tout en veillant au respect d'une cohérence avec la politique de l'établissement. Un DS souligne « *Notre rôle est de veiller à ce que les choses se fassent dans le cadre donné par l'institution* ».

Enfin, si certains DS estiment avoir un rôle de contrôle à jouer à l'égard des acteurs de pôle, notamment dans le domaine de la pertinence de l'utilisation des ressources, la majorité situe leur rôle dans l'organisation des soins, la gestion des compétences liées aux soins et la pertinence des parcours de soins. Un DS précise : « *Il est nécessaire de définir les principes fondamentaux d'organisation des soins. Le rôle du DS est de venir en aide aux unités en difficulté pour leur mise en œuvre* ».

Pour les chefs de pôle et les cadres supérieurs de pôle

Les CSP et les chefs de pôle parlent souvent de « *fausse délégation* ». Néanmoins, ils estiment qu'elle est présente notamment sur le plan de la gestion des ressources humaines, de la formation et du management des pôles, même s'ils expriment des regrets en termes de marges de manœuvre dans le domaine des ressources humaines.

Un CSP précise « *je trouve qu'il y a une délégation de gestion même si on voit qu'on n'a pas toutes les marges de manœuvre* ».

Ils expliquent cette notion de fausse délégation par un manque de réciprocité dans l'engagement contractuel. Un chef de pôle indique : « *Pour moi, je parlerai de fausse délégation. C'est les contrats qu'on signe, ça va que dans un sens, il n'y a pas de va et vient. Si on ne respecte pas le contrat, il y a des retours mais pas l'inverse, on ne peut pas demander des comptes si les autres parties ne respectent pas le contrat* ».

Par ailleurs, ils mettent en avant le système de gestion centralisée qui limite l'accompagnement des projets et vient parfois les télescoper. Ils ont le sentiment d'être limités dans leur zone d'autonomie et aussi de perdre en crédibilité vis-à-vis des personnels du pôle.

Un CSP signale : « *On est dans une fausse délégation. Si on voit que ça roule que ça sert l'établissement c'est ok, on laisse faire mais si l'impact est négatif, faites ce qu'on vous dit. En termes de crédibilité ça vient télescoper de plein fouet nos projets* ». Un autre ajoute « *on voit que le pôle ressources humaines a un impact fort. Il nous impose parfois des agents à temps partiel sans restriction d'aptitude alors que nous on a une gestion fine au niveau du pôle et ça c'est de vraies interférences dans notre délégation de gestion* ». De plus, ils regrettent la lourdeur administrative du système en place qui leur semble pouvoir être source de découragement.

Les CSP envisagent la délégation de gestion sous deux aspects complémentaires: sur le plan budgétaire et en termes de management du pôle en collaboration avec le chef de pôle et le cadre administratif. L'association de ces deux volets doit amener une valeur ajoutée à la fonction de CSP.

Ils souhaitent que le versant financier ne prenne pas le pas sur le management et le soin. Ils se situent dans un contexte de responsabilisation et de prise de décision, ils ont complètement intégré la dimension de leur fonction.

Un cadre de pôle s'exprime sur ce thème : « *pour moi les marges de manœuvre concernent aujourd'hui la gestion financière mais aussi le plan des prises de décision en termes de management, sur le plan organisationnel et de la conduite de projet : c'est l'intérêt du poste* ».

Elément repris par le coordonateur général des soins et un DS lorsqu'ils évoquent le rôle des cadres de pôle : « *La délégation doit aussi inclure la réalisation des projets, les organisations* », « *Les CSP ont vu qu'ils avaient un réel niveau de décision en termes d'organisation mais bien entendu avec les moyens dont ils disposent. Ils ont des marges de manœuvre en termes de décision. Ça leur a permis d'évoluer et de prendre les décisions, d'investir ce champ* ».

Si les notions de subsidiarité limitée et de contexte contraint ont été reconnues par les différents acteurs, elles font ressortir une certaine frustration par rapport aux contraintes issues de ce mode de gestion. De nouvelles attentes se profilent, notamment de la part des chefs de pôle et des CSP. Il importe que la délégation de gestion et le champ décisionnel soient renforcés sur la base d'un rapport de confiance.

2.2.2 Des attentes nouvelles dans le champ de la délégation de gestion

A) En termes de lisibilité des règles de fonctionnement

Les CSP et chefs de pôle du CHU mettent en avant une asymétrie d'information concernant certains budgets, qui les conduit à se positionner sans pouvoir prendre une décision éclairée. Ils aimeraient avoir une lisibilité a priori sur l'ensemble des budgets alloués au pôle. Un cadre cite l'exemple des décisions à prendre dans le cadre du matériel : « *la lisibilité sur tous les budgets, c'est important. On l'a sur le personnel, le plan de formation mais par exemple pas sur le matériel. On nous demande de faire des choix, de passer des commandes sans avoir la lisibilité de l'impact sur le budget. On prend des décisions sans pouvoir mesurer le risque sur le budget. Ce n'est pas de la délégation* ».

Cette asymétrie d'information se situe également dans l'affichage des clés de répartition de certains budgets qui n'est pas opérant. Un chef de pôle précise « *Le système actuel n'est pas performant. On nous demande d'exprimer des besoins en matériel puis il y a une régulation qui n'est pas basée sur des critères précis* ».

Ce fonctionnement entraîne un sentiment d'iniquité et de manque d'autonomie dans la prise de décision.

B) En termes d'autonomisation des pôles

Les CSP et les chefs de pôle expriment surtout des attentes en termes d'autonomisation dans la gestion du pôle, afin d'accompagner les projets du pôle et les équipes dans la conduite du changement. Il paraît indispensable pour ces acteurs d'avoir une réelle stratégie managériale au sein du pôle, tout en intégrant le contexte contraint de l'établissement.

Cette autonomisation doit se concrétiser par une délégation plus marquée dans la prise des décisions en lien avec les objectifs du pôle pour répondre aux besoins de la population ou à l'évolution de l'activité.

L'octroi de droits décisionnels plus importants doit leur permettre plus de réactivité et d'adaptabilité dans la gestion du pôle.

Un CSP précise : *« Pour moi les objectifs et la plus value attendue de la délégation de gestion, c'est l'accompagnement des équipes dans le changement, de travailler sur la priorisation d'objectifs en tenant compte du contexte contraint. Aujourd'hui, ma stratégie de management ne peut être suivie de plans d'actions réelles, je n'ai pas assez de marges de manœuvre ».*

Au regard de ces attentes, plusieurs propositions sont faites par les CSP et les chefs de pôle. Elles concernent :

- **la fongibilité des enveloppes** notamment dans le cadre du plan de formation et de la gestion des ressources humaines. Un cadre nous signale : *« Pouvoir prioriser les actions de formation en fonction de l'équipe, de ses besoins, c'est important. Aujourd'hui, je ne peux pas basculer par exemple vers une enveloppe plus importante sur les congrès. Sur le plan de la gestion du personnel, je ferais d'autres choix, si j'avais plus de marges de manœuvre dans la gestion des enveloppes ».*

- **le recrutement des cadres.** Un CSP précise *« la délégation de gestion a besoin du pilotage médico soignant .En ce sens une partie du recrutement doit être gérée au niveau du pôle notamment pour les cadres. Il paraît difficile de ne pas y intégrer le chef de pôle »* et un chef de pôle met en avant l'arrêté du 11 juin 2010 pour légitimer cette attente.

- **la priorisation dans la gestion des projets de pôle et institutionnels.** Les CSP souhaiteraient avoir une gestion prospective de ces différents projets pour éviter que les *« injonctions institutionnelles viennent parfois télescoper les projets du service »*. Un autre CSP propose la mise en place *« d'une cartographie des projets pour avoir une gestion prospective au sein du pôle. Cela nous permettrait de prioriser et de planifier ».*

C) En termes de développement des coopérations inter pôles

Si la logique polaire et la délégation de gestion sont reconnues par les différentes personnes interviewées comme des éléments pertinents dans le domaine du management et de la responsabilisation des acteurs, elles émettent des inquiétudes quant aux risques de cloisonnement induit par ce modèle organisationnel.

Un CSP signale : « *Le pôle est intéressant par rapport à la structure mais ça a développé l'individualisme, ça cloisonne plus qu'avant* », et un autre ajoute « *J'ai une crainte c'est que ça devienne individuel en tant qu'entité* ».

Au regard de ces inquiétudes, nous avons relevé au cours des entretiens, une volonté des acteurs de développer les coopérations entre pôles. Un CSP précise « *la délégation de gestion, c'est aussi ne pas s'isoler de l'institution, il y a une notion de mutualisation du système de santé. Si on rapporte, il faut en faire bénéficier les autres* ».

Cette volonté de coopération, portée avant tout par les CSP et les DS se situent dans une logique de solidarité, de cohérence inter pôles et de non concurrence, au bénéfice de la qualité et la cohérence des parcours de soins des patients. Un CSP indique : « *Il s'agit de se recentrer sur le collectif, le soin, le patient, c'est notre cœur de métier* ».

A cet égard, différentes propositions sont faites en termes :

- **De mutualisation des ressources humaines.** Elément reconnu comme incontournable par les CSP et les DS, dans un contexte de difficultés budgétaires qu'il convient d'accompagner. Un CSP précise : « *Il est important que l'on puisse s'aider et je ne vois pas pourquoi je garderais des effectifs alors que mon activité baisse et que mon collègue est en difficulté. Il faut avoir une vision au-delà du pôle* ».
- **De mise en œuvre de projets inter pôles,** centrés notamment sur les organisations médico soignantes et les parcours patient. Cet élément est relayé par un chef de pôle et deux CSP.
- **D'échanges autour de pratiques** qui doivent permettre comme nous le signale un DS « *de repérer les capacités de mutualisation entre les pôles, de synergie des cadres. Il faut favoriser les rencontres. Dans les pôles on voit naître des innovations en tant que DS il faut savoir les repérer et les réadapter sur les autres pôles. C'est en ce sens qu'il y a une notion de lien. On assure de la cohérence institutionnelle, on s'enrichit, on participe à la mutualisation des idées* ».

Cependant, la nécessité d'une coordination pour promouvoir ces coopérations est mise en exergue. Nous en voulons pour exemple ce que nous cite un chef de pôle « *Sur certains projets on arrive à travailler ensemble, en inter pôles. C'est intéressant, mais il y a beaucoup d'acteurs, il faut coordonner tout ça* ».

Les personnes interviewées ont intégré le contexte contraint de l'établissement et sont acculturées aux « relations d'Agence ». Si elles reconnaissent les limites de ce système centralisé, elles l'abordent de manière différente en fonction de leur niveau de responsabilité.

Alors que les directeurs n'envisagent pas d'autre mode de délégation dans le contexte actuel, les chefs de pôle et les CSP souhaitent une évolution de leurs marges de manœuvre pour accompagner les projets du pôle et les organisations médico soignantes. On note chez ces acteurs le recours à un registre d'expression centré sur les notions de confiance, de responsabilisation, d'autonomisation des pôles et de développement des coopérations inter pôles. Ce registre d'expression dépasse le contexte des « relations d'agence ». Dés lors, de nouvelles attentes vis-à-vis du rôle du directeur des soins sont mises en exergue.

2.2.3 Des attentes nouvelles vis-à-vis du rôle du directeur des soins

A) Un rôle restreint dans le cadre de la délégation de gestion

Au regard de la culture de délégation de l'établissement, il apparaît clairement que les CSP et les chefs de pôle ont intégré les différents champs de la délégation de gestion qu'il s'agisse des modalités de reporting, de contrôle, de contractualisation. Ils gèrent de manière autonome les droits décisionnels qui leur sont octroyés dans le cadre du contrat de pôle. De plus, ils montrent un réel souhait d'évolution vers une autonomisation plus affirmée dans la gestion des pôles.

Au cours des entretiens, nous avons pu relever que **les différents acteurs interviewés ont peu d'attentes vis-à-vis du DS dans le champ de la délégation de gestion**. Un CSP nous dit d'ailleurs : *« Le DS était présent au début et moins maintenant, mais ce n'est pas gênant. Si les règles sont bien posées dans le cadre de la délégation, on n'a pas besoin du DS mais je l'attends plus sur le plan managérial »*. Élément repris par un DS qui nous signale : *« Au moment du bilan de pôle, on est en retrait. C'est important que le pôle s'approprie cette gestion, qu'il en fasse sa problématique »* et un autre précise *« les cadres supérieurs sont responsables, c'est eux qui gèrent, moi j'ai plus un rôle de coordination »*.

B) Un rôle de coordination reconnu

Pour la majorité des personnes interviewées, **la dimension stratégique et politique** du DS apparaît dans leur discours.

Pour les directeurs, le DS joue un rôle de coordination et participe activement à la régulation inter pôles indispensable au maintien de l'équilibre et de l'intérêt général.

Le DGA et le directeur des finances précisent : *« Membre de l'équipe de direction à part entière, le DS participe à la définition des orientations de l'établissement, à sa déclinaison dans les pôles. Il participe à garantir la cohérence de la politique institutionnelle »*.

Ils complètent en précisant *« Le DS n'est pas dans l'opérationnalité. Il fait du lien. Il est là pour la cohérence inter pôles, plus le projet d'établissement. Il a plus un rôle de coordination »*.

De par sa connaissance transversale de l'établissement, il apporte un éclairage sur les décisions à prendre notamment au niveau du directoire ou des plateformes. Certains parlent parfois d'expertise. Un directeur de plateforme indique : *« On a besoin de son expertise notamment dans le domaine du soin et de la connaissance des organisations. Il permet de faire du lien »* et un chef de pôle précise: *« On est en train de travailler sur les organisations médico soignantes, il est important que le DS nous apporte son avis car il connaît bien les organisations »*.

Le rôle de coordination du DS est également attendu **dans la conduite des projets**. Il s'agit d'accompagner ou de piloter des projets transversaux en lien avec la direction et d'en assurer la déclinaison au sein des pôles.

Pour les CSP et les chefs de pôle, le DS doit apporter son aide dans la mise en place des projets et dans la gestion des interfaces. Ils attendent du DS une aide méthodologique dans la conduite des dossiers, mais aussi une prise de recul par rapport au positionnement politique de la démarche. Il est important de leur permettre de s'inscrire dans une démarche institutionnelle. Un DS précise *« les attentes des cadres et des chefs de pôle se situent sur la mise en place des projets, des axes de travail complexes, stratégiques qui font appel à plusieurs entités et qui doivent être portés par l'institution »*.

Si les DS rencontrés reconnaissent leur rôle de coordination dans la conduite de projets stratégiques majeurs, ils insistent sur la nécessité *« d'être là pour mettre en place les moyens qui permettent à chacun de travailler sur les mêmes bases »* et sur l'importance de respecter le rythme de chaque pôle dans la mise en place des projets. Garantir l'équité entre les pôles et permettre à ces derniers de s'approprier les enjeux institutionnels est reconnu par les DS comme partie intégrante de leur rôle de coordination.

Mais le rôle de coordination du DS pour les acteurs du CHU se situe également **dans le domaine du projet de soins**. Il s'agit par la définition d'une politique de soins partagée et reconnue de pouvoir recentrer les acteurs sur le domaine du soin. Le projet de soins est envisagé notamment par les DS et les CSP comme étant *« un élément de cohérence entre les pôles car on parle de la même chose »*. Il est important dans la conception des valeurs et des engagements autour de l'organisation des soins.

Il est reconnu par les CSP comme *« un guide sur le plan du management, un fil conducteur pour l'organisation des soins et la prise en charge des patients »*. Cependant, aujourd'hui on n'en retrouve pas la déclinaison dans les contrats de pôle.

Dans le cadre de notre étude, le rôle du DS dans le domaine de la coordination est envisagé sous des aspects divers et complémentaires. Cependant, les attentes des acteurs du CHU s'orientent également vers un rôle plus marqué du DS dans le champ de la supervision et du développement des coopérations entre les pôles.

C) Un rôle de supervision attendu

Ce rôle de supervision est avant tout une attente des CSP. Il concerne, d'une part, **le champ du conseil et de l'aide à la décision** et, d'autre part, **le domaine de l'analyse des pratiques managériales**. A cet égard, ils situent le rôle et la responsabilité du DS dans le champ de l'accompagnement managérial.

Un CSP précise : *« Le DS pourrait être plus présent sur mon corps de métier, c'est là que je l'attends sur ma posture managériale. Il doit être garant de ma posture, de ce qu'on attend d'un cadre supérieur de pôle »* et un autre ajoute *« je fais appel à lui quand j'ai un besoin en termes de décision et d'accompagnement d'équipe »*.

Ces attentes situent le DS en tant que personne ressource pour accompagner, conseiller et guider les CSP dans leur fonction de manager. Il importe que le DS leur permette de s'inscrire dans un processus de distanciation face à leur pratique managériale au sein du pôle, mais aussi dans les décisions qu'ils sont amenés à prendre dans le cadre du pilotage du pôle. Un CSP indique : *« Parfois, on a le nez dans le guidon. On a besoin du DS pour prendre du recul. Il est important qu'il puisse nous questionner et répondre à nos questions »* et un autre ajoute *« c'est important de pouvoir débriefer sur les situations qui posent problème mais en même temps on a besoin d'autonomie »*.

Ces éléments ont d'ailleurs été relayés par les DS interviewés qui inscrivent leur rôle dans le conseil, l'aide à la prise de décision. Un DS précise *« les cadres supérieurs attendent qu'on valide et cautionne la décision qu'ils proposent et parfois il est nécessaire de les aider à prendre du recul »*. Dans ce cadre, il importe pour les DS de travailler avec les CSP sur ce que *« veut dire décider »*.

Les DS rencontrés situent également leur rôle dans l'accompagnement des CSP dans la dimension stratégique qu'ils ont au sein des pôles plus que dans l'opérationnalité. Un DS précise qu'il *« importe de leur permettre d'identifier l'impact des orientations stratégiques qu'ils prennent »*.

Dans ce cadre, le rôle du DS prend une dimension pédagogique et s'oriente vers l'analyse des pratiques qui doit inscrire les CSP dans un processus dynamique d'adaptation de leur pratique managériale au contexte.

Ce rôle pédagogique est une attente forte des CSP vis-à-vis du DS. Ils souhaitent que ce dernier puisse les aider à « *revenir sur des situations qui ont posé problème, pour comprendre ce qui a pu se passer et progresser dans le pilotage du pôle et le management des équipes* ». Ces échanges ont lieu lors de rencontres singulières sollicitées par les CSP ou au cours des réunions hebdomadaires « Cadres Supérieurs de Pôle et Direction des Soins » organisées au sein de chaque plateforme.

D) Un rôle de facilitateur des coopérations inter pôles souhaité

Les attentes des personnes interviewées vis-à-vis du DS s'orientent vers un rôle de facilitateur des coopérations inter pôles. Qu'il s'agisse des chefs de pôle ou des CSP nous avons pu noter à travers le registre qu'ils utilisent pour parler de la délégation de gestion, une volonté de promouvoir les coopérations inter pôles.

A cet égard, ils attendent beaucoup du DS pour permettre l'ouverture et la coopération entre les pôles qui à ce jour restent fragile, malgré des volontés affichées.

Ils souhaitent avancer vers une complémentarité entre les pôles et ne s'inscrivent pas dans le cadre d'une concurrence entre pôles.

Ce souhait de développement des coopérations concernent différents domaines :

- **Celui de la mutualisation des ressources**

Si le DS est attendu dans une répartition équitable des moyens et des ressources humaines, il est nécessaire pour tous les CSP rencontrés qu'ils puissent impulser les notions de mutualisation de ces ressources. Un CSP précise : « *La mutualisation, ça donne du sens, c'est important et ça évite le cloisonnement* ».

Il s'agit de poser les règles de base d'une politique de fonctionnement qui aujourd'hui est personne dépendante. Pour les CSP, c'est en ce sens que le DS participera au décroisonnement entre pôles et ajoutera de la souplesse dans un système de gestion contraint. Cette mutualisation doit permettre pour les CSP de dégager des marges de manœuvre supplémentaires, tout en participant aux efforts d'efficience engagés par le CHU.

- **Celui des projets entre pôles**

Les directeurs, les CSP et les chefs de pôle s'inscrivent dans une dynamique de projets inter pôles à promouvoir afin d'optimiser les organisations et les parcours de prise en charge des patients. Élément d'autant plus important que le CHU a initié une réflexion sur les organisations médico soignantes dont les acteurs ont mesuré les enjeux.

Ils attendent, comme pour la mutualisation des ressources, que le DS puisse impulser cette dynamique et accompagner les pôles dans ce domaine.

Ce développement des coopérations autour de projets communs doit avant tout se centrer sur le patient. Un CSP précise « *je suis très attachée au service public, le patient est au centre de nos préoccupations y compris entre les pôles* ».

- **Celui du partage d'expériences**

Les CSP attendent que le DS leur permette de s'enrichir mutuellement dans le cadre d'échanges autour des pratiques de chacun.

Ils mettent en avant les réunions de cadres supérieurs organisées par plateforme qui permettent de confronter les modes de management des pôles, les idées, les expériences et de développer les compétences de chacun.

Un CSP précise « *c'est important de nous montrer qu'il y a d'autres pratiques, manières de penser. Ça permet de s'enrichir mutuellement* » et un autre ajoute « *on peut apprendre des autres, des échanges sur les pratiques, voir ce qu'on peut transposer dans son pôle. Quels ont été les facteurs de réussite en termes de management. C'est une manière de questionner ses pratiques* ». Les CSP s'inscrivent dans une volonté de développement de leurs compétences managériales à partir des expériences des autres.

Ces éléments sont d'ailleurs repris par plusieurs DS qui insistent sur la nécessité de déceler les innovations dans les pôles et de s'appuyer sur le groupe de cadres supérieurs de pôle.

Ces différents éléments nous amène à constater que dans le contexte de notre étude, le directeur des soins est peu attendu sur le champ de la délégation de gestion et du contrôle. Les attentes des personnes rencontrées s'orientent davantage vers un rôle de coordination, de supervision et de facilitateur des coopérations inter pôles.

2.2.4 Mise en perspective des hypothèses

La première hypothèse de notre étude, « ***Un nouveau registre est utilisé par les acteurs hospitaliers lorsqu'ils parlent de la délégation de gestion*** », est validée en partie à la lumière des témoignages des personnes interviewées.

En effet, si tous les acteurs rencontrés ont intégré le contexte contraint de l'établissement, les notions de « théorie et de relations d'agence », ils mettent en avant les limites de ce système. Dès lors, les chefs de pôle et les CSP expriment des attentes en termes d'évolution des droits décisionnels pour accompagner les projets de pôle.

Ils ont recours à un registre centré sur les notions de confiance, de responsabilisation des acteurs, d'autonomisation des pôles et de développement des coopérations entre pôles. Cependant, nous n'avons pas d'éléments de comparaison, nous permettant de préciser qu'il s'agisse d'un nouveau registre d'expression.

Concernant les hypothèses 2 et 3, nous pouvons dire qu'elles sont validées.

En effet, il est clair que quels que soient les acteurs, ***la délégation de gestion suscite de nouvelles attentes vis-à-vis du rôle du directeur des soins et ces attentes mettent en exergue de nouvelles modalités de coordination fondées sur la notion de coopération.***

L'acculturation des acteurs à la délégation de gestion et à l'organisation polaire, dans un contexte contraint, se traduit par un changement de rationalité des acteurs, plus particulièrement chez les chefs de pôle et les CSP. Ils oscillent entre rationalité calculatoire et complémentaire.

En effet, si la volonté de promouvoir les coopérations entre pôles doit permettre, aux chefs de pôle et aux CSP, de dégager des marges de manœuvre supplémentaires ; elle doit également les amener à optimiser les parcours de soins des patients et à développer les compétences des différents acteurs.

Ce changement de rationalité suscite de nouvelles attentes vis-à-vis du rôle du directeur des soins. Celles-ci s'orientent davantage vers une volonté d'autonomisation des pôles que vers un cadre de contrôle hiérarchique. Dès lors, deux modèles s'offrent au directeur des soins à savoir le modèle de l'agence ou celui des coopérations, tel que décrit dans le cadre conceptuel. C'est bien ce dernier modèle qui semble plébiscité par les personnes interviewées.

A cet égard, nous pouvons dire que ***dans le cadre de l'accompagnement de la délégation de gestion, le rôle de coordination du directeur des soins est interrogé.***

Si le rôle du directeur des soins est éminemment politique, stratégique et transversal, il se fonde également sur des notions de coopérations à promouvoir et à accompagner.

3 DE NOUVELLES MODALITES DE COORDINATION FONDEES SUR DES NOTIONS DE COOPERATION

Au terme de l'étude réalisée et après analyse des données recueillies, différents constats nous ont amené à vérifier en partie les hypothèses posées.

La délégation de gestion au sein de l'établissement enquêté se situe dans un contexte contraint. Il n'y pas de délégation de signature et les marges de manœuvre des pôles sont très cadrées. Si ces éléments sont reconnus et compris par les acteurs rencontrés, ils sont source de frustration notamment pour les chefs de pôle et les CSP. Ils souhaitent que la délégation de gestion et le champ décisionnel soient renforcés sur la base d'un rapport de confiance. Ils affichent également **des attentes en termes de lisibilité sur les différents budgets mais surtout de responsabilisation, d'autonomisation et de développement des coopérations inter pôles.**

Si l'évolution des droits décisionnels dépend en grande partie du directeur de l'établissement, il importe en tant que directeur des soins de prendre en compte les attentes formulées à son égard. **Celles-ci mettent en exergue de nouvelles modalités de coordination fondées sur les notions de coopération.**

Ces constats à rapprocher des concepts définis, nous permettent d'envisager des propositions pour faciliter les coopérations dans un contexte de délégation de gestion contraint. **Ces préconisations s'inscriront dans le champ du modèle des coopérations** et non dans celui de l'agence et du contrôle, même s'il est indéniable que ces éléments font partie intégrante du rôle du directeur des soins. A l'instar des attentes des acteurs du CHU, si le directeur des soins a un rôle d'accompagnement des pôles dans la réalisation des objectifs fixés par le contrat de pôle, tout en veillant à la cohérence institutionnelle, il est important qu'il facilite les coopérations inter pôles.

3.1 Une collaboration avec les différents acteurs

La conception managériale de l'hôpital, évoluant vers la responsabilisation des acteurs et la déconcentration de droits décisionnels, impacte le rôle de tous les acteurs hospitaliers.

Le directeur des soins membre de l'équipe de direction s'inscrit dans une politique et une stratégie institutionnelle, dont il assure la déclinaison au niveau des pôles.

Cependant, cette déclinaison ne peut se concevoir sans **un réel travail de collaboration et de concertation avec les différents acteurs** que sont les membres de l'équipe de direction, le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), les chefs de pôle et les cadres supérieurs de pôle.

Aujourd'hui, dans le cadre de notre enquête, seul le coordonnateur général des soins participe au comité de direction. Les plateformes sont représentées lors de ces réunions par le directeur délégué.

Des réunions hebdomadaires sont organisées au niveau de la Direction des Soins⁴⁴ avec l'ensemble des directeurs des soins afin de permettre la transmission d'informations et l'échange sur des thématiques ciblées. Toutefois, il paraît également indispensable d'instaurer des réunions de travail régulières avec le directeur délégué et le directeur des soins de plateforme pour aborder les problématiques spécifiques à chaque site. C'est en ce sens qu'ils pourront assurer leur rôle d'interface et de facilitateur pour contribuer au déploiement des politiques institutionnelles au sein des pôles. Il s'agit également de veiller au développement de l'efficacité des organisations et des pôles ainsi qu'à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Il importe que le directeur délégué et le directeur des soins puissent définir de concert une stratégie d'accompagnement et de communication auprès des acteurs de pôle, tout en respectant les domaines de prérogatives de chacun.

Dans le cadre de son rôle de coordination, le directeur des soins a un rôle essentiel auprès des acteurs de pôle que sont les chefs de pôle. En effet, le directeur des soins a « un rôle de conseil et d'accompagnement des chefs de pôle dans l'exercice de leur autorité fonctionnelle dans le respect de la délégation⁴⁵ ». A cet égard, il est nécessaire que des points de rencontre puissent être instaurés avec les chefs de pôle. Il s'agit de favoriser un climat d'écoute, d'échange et de créer du lien. C'est sur la base de rapports de confiance que le directeur des soins pourra accompagner les chefs de pôle et leur apporter une aide méthodologique dans le pilotage et la mise en œuvre de projets stratégiques majeurs au sein du pôle.

Poser les bases d'une collaboration avec ces différents interlocuteurs **doit permettre au directeur des soins d'accompagner le changement et de s'inscrire dans une démarche de coordination fondée sur les notions de coopération.**

⁴⁴ Nous utiliserons le terme « la Direction des Soins » quand il s'agira de parler de la Direction des Soins du CHU sous la responsabilité du coordonnateur général des soins et comprenant 6 DS.

⁴⁵ Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation, page 5.

3.2 L'accompagnement des cadres supérieurs de pôle : élément clé de la mise en œuvre des notions de coopération

L'accompagnement des CSP dans leur posture managériale, le développement de leurs compétences sont des enjeux managériaux essentiels dans le cadre d'une délégation de gestion s'inscrivant dans un contexte contraint. C'est en s'intéressant à l'ensemble des ressources et des potentialités des CSP que le directeur des soins peut concourir à la réussite de l'action collective.

Avec la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance à l'hôpital et plus particulièrement la délégation de gestion, les CSP jouent un rôle majeur dans le fonctionnement de l'hôpital. Participer au pilotage et à la gestion du pôle, manager et animer les cadres de proximité, dans ce contexte où la collaboration et la transversalité sont les pierres angulaires, leur confèrent un rôle plus stratégique. Leurs missions prennent de nouvelles dimensions et nécessitent de nouvelles compétences qu'il convient d'accompagner. Le projet managérial du directeur des soins doit s'orienter en ce sens.

Définir les domaines d'activité et de responsabilité des CSP, tant au niveau du management des pôles que de la transversalité, est un préalable indispensable pour le directeur des soins. Cela permet de clarifier les lignes décisionnaires, les fonctions attendues des managers que sont les CSP ainsi que leur niveau de responsabilité dans l'établissement.

Le directeur des soins, ayant une vision globale de l'établissement, **il instaure une réelle politique de communication** sur la base d'un climat de confiance, d'écoute mais aussi de responsabilisation des CSP.

Pour ce faire, il organise des réunions régulières avec les CSP afin d'assurer le passage des informations nécessaires au pilotage des pôles, à la délégation de gestion et à la déclinaison de la politique institutionnelle au niveau de ceux-ci. Ces réunions sont également source d'échanges et de discussion sur les situations problématiques que chacun peut rencontrer dans différents domaines tels que le pilotage du pôle, la gestion des ressources humaines, la conduite de projets.... La recherche de solutions conjointes est favorisée ainsi que l'esprit d'entraide inter pôles. Il importe de créer le débat, source d'échanges constructifs. C'est en ce sens que le directeur des soins peut travailler sur l'équilibre entre l'innovation que peuvent développer les CSP dans chaque pôle et le contexte institutionnel qu'il convient de respecter. Il est nécessaire que ces notions puissent être définies conjointement.

Par ailleurs, afin d'accompagner les projets de l'établissement, permettre aux CSP de s'inscrire dans une démarche institutionnelle et promouvoir les coopérations, le directeur des soins **favorisera l'implication de ces derniers dans la transversalité**.

Dans le cadre de leurs missions, les CSP sont amenés à prendre des décisions et ont parfois besoin de prendre du recul par rapport à leurs pratiques managériales. Le directeur des soins les **accompagne dans la dimension stratégique de leur fonction mais aussi dans leur posture managériale**. Il les conseille, les guide tout en encourageant et respectant l'autonomie de ces derniers dans la gestion de leur pôle. Néanmoins, il travaille avec eux sur la nécessité d'une cohérence au sein des pôles avec les projets de l'établissement et ses contraintes.

L'accompagnement des CSP peut s'organiser lors de reporting singuliers sur la base d'échanges d'informations sur le management et les projets du pôle. Au cours, de ces échanges avec chaque CSP, le directeur des soins peut aborder les problématiques spécifiques en termes de posture managériale. Il s'agit pour lui d'apporter une aide méthodologique mais aussi d'interroger les pratiques managériales et de permettre au CSP de s'inscrire dans une posture réflexive.

Interroger les pratiques managériales sur le plan individuel, ne nous semble pas suffisant. Nous pensons qu'il est nécessaire que le directeur des soins s'inscrive dans **une démarche d'analyse des pratiques managériales** avec les CSP. Il s'agit d'instaurer des temps d'échanges et de réflexion pour les CSP, permettant le partage d'expérience et de recherche.

Pour répondre aux attendus de l'organisation, on voit se développer dans les pôles des innovations. Il est nécessaire de les repérer et d'en identifier les possibilités de mutualisation. L'échange autour de ces innovations doit permettre aux CSP d'échanger sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer et de dégager des axes d'amélioration pour progresser dans le pilotage de leur pôle. La mutualisation des idées, la prise de recul par rapport aux pratiques managériales participent au développement des compétences individuelles, à l'accompagnement des CSP dans la gestion de leur pôle et à l'inscription de ces derniers dans une démarche d'auto évaluation et de distanciation vis-à-vis de leur pratique.

Le développement des compétences passe également par la formation. Il est important de recenser les besoins en formation des CSP, notamment dans le cadre du pilotage du pôle et de la gestion des droits décisionnels qui leur sont conférés.

Dans le cadre de notre étude, certains CSP ont exprimé des demandes de formation dans le champ de la gestion médico économique, domaine qui les met parfois en difficulté.

Le directeur des soins par le biais de son management permet aux CSP de s'inscrire dans une dynamique institutionnelle. De plus, il favorise l'émergence de coopérations fondées sur l'échange de savoirs et d'expériences. En ce sens, il s'inscrit dans une vision dynamique de l'organisation hospitalière et favorise l'ouverture entre pôles

3.3 Un projet de soins porteur de valeurs et source d'autonomisation

L'organisation générale de l'établissement avec le regroupement de plusieurs pôles par plateforme permet aux directeurs des soins d'assurer un rôle d'interface, de conseil et de contribuer au déploiement des politiques institutionnelles au sein des pôles.

La politique de soins définie par la Direction des Soins **n'a de sens que si elle est partagée par l'ensemble des acteurs chargés de son application au sein des pôles.** C'est par leur intermédiaire que va se concrétiser cette politique au travers d'actions multiples. Le directeur des soins, relayé par les CSP doit susciter l'adhésion et l'engagement des différents acteurs, et impulser une réelle dynamique. Pour ce faire, il s'appuie sur le projet de soins infirmiers de rééducation et médico techniques ou projet de soins, élément structurant de la politique de soins. Comme le stipule le référentiel métier directeur des soins, le directeur des soins ou dans le cas de notre étude le coordonnateur général des soins est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité définis dans ce cadre.

Le projet de soins est éminemment transversal par ses interfaces avec les autres projets de l'établissement que sont les projets d'établissement, médical et social. Elaboré selon une méthodologie précise après consultation des acteurs médicaux et para médicaux, il est la concrétisation de la réflexion engagée par les acteurs sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, des conditions d'accueil et de prise en charge des patients.

Il repose sur des valeurs communes partagées au service de la qualité et de la sécurité des soins.

Outil managérial, stratégique et politique, le projet de soins est le fil conducteur des processus de soins et de prises en charge axés sur la collaboration des professionnels.

Dans le cadre de notre étude, le projet de soins est centré sur le parcours de soins du patient. Il s'inscrit dans le cadre d'un projet médico soignant. Nous avons constaté que s'il est formalisé et reconnu au sein de l'établissement, il n'est pas présent dans les contrats de pôle.

De plus, les directeurs des soins rencontrés s'interrogent quant à sa déclinaison à ce niveau, alors que les CSP attendent beaucoup du directeur des soins et du projet de soins. Leurs attentes portent sur l'impulsion d'une dynamique autour du projet de soins qui doit leur permettre de se recentrer sur les soins et le patient, dans un contexte où les contraintes budgétaires semblent prendre le dessus.

S'il paraît nécessaire d'intégrer des engagements vis-à-vis du projet de soins dans les contrats de pôle, il est essentiel de donner une certaine latitude à chaque pôle dans la mise en œuvre de celui-ci.

Le choix fait par la Direction des Soins du CHU est d'inscrire le projet de soins dans une approche transversale permettant de tenir compte de la spécificité des pôles. Il importe de ne pas donner de lignes directrices opérationnelles aux pôles. C'est à partir des axes du projet de soins que chaque pôle s'organise pour répondre aux orientations proposées en fonction de ses possibilités et de l'avancement de la réflexion sur ces thématiques. Cependant, il nous paraît important de mettre en place des temps d'échanges réguliers sur l'avancée de ces réflexions. Ces derniers pourraient être assurés par les CSP et les cadres de santé. Il s'agit de pouvoir partager les expériences et de mutualiser les idées. En ce sens, nous pouvons répondre au souhait d'autonomisation des pôles et à la nécessité de transversalité des actions.

Par ailleurs, il nous semble souhaitable de mettre en place parallèlement des groupes de travail pluri disciplinaires sur des thématiques transversales définies et validées par la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques (CSIRMT). Ces groupes pilotés par des personnes ressources dans les domaines traités permettraient de réfléchir sur des objectifs et des actions à mettre en œuvre dans le champ de la transversalité.

Toutefois, la pérennité du projet de soins ne peut être assurée que par une communication interne opérante. Il est nécessaire qu'une politique de communication orientée vers les différentes instances de l'établissement et les pôles soit définie. C'est en ce sens que les axes et la mise en œuvre du projet de soins pourront être connus, reconnus et partagés.

Ces différents éléments nous semblent concourir à la création d'une dynamique autour du projet de soins et participer à l'ouverture des pôles.

Intégrer le rapport entre individuel et collectif en passant par la construction collective doit permettre au directeur des soins d'accompagner les évolutions et de donner du sens aux pratiques.

3.4 Des coopérations inter pôles à promouvoir

3.4.1 La mutualisation des ressources humaines

La gestion des ressources humaines est un enjeu majeur pour les établissements de santé, dans un contexte de pénurie de certaines catégories professionnelles où fidélisation, attractivité sont les maîtres mots.

Dans ce cadre, le directeur des soins participe avec le directeur des ressources humaines, à la politique de gestion des ressources humaines pour la Direction des Soins afin de répondre aux besoins en ressources de l'établissement.

Politique basée sur la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, la politique de promotion professionnelle, les parcours professionnels qualifiants ainsi que sur le plan du développement professionnel continu, elle s'inscrit dans l'accompagnement de la stratégie et des projets de l'établissement.

Le directeur des soins, garant de la répartition équitable des ressources humaines entre pôles tant sur le plan qualitatif que quantitatif **doit s'inscrire dans une démarche d'optimisation de l'utilisation des ressources**. Dans ce domaine, il veille à garantir les compétences au bénéfice de la qualité et de la sécurité des soins, dans une logique de solidarité institutionnelle.

Dans le contexte de notre étude, les CSP sur délégation des chefs de pôle gèrent en autonomie la mutualisation des moyens au sein des pôles. Néanmoins, nous avons pu relever que les marges de manœuvre des pôles sont relativement contraintes dans le cadre des enveloppes allouées sur le volet mensualités de remplacement. Certaines initiatives s'orientent vers la mutualisation des ressources humaines inter pôles. Si elles restent fragiles, on ne note pas d'opposition des chefs de pôle.

Accompagner le changement est un enjeu majeur pour le directeur des soins. C'est pourquoi, il est nécessaire que cette démarche, s'inscrivant dans le cadre du développement des coopérations inter pôles, puisse être initiée et accompagnée par le directeur des soins.

Les propositions que nous ferons, seront orientées vers une gestion au niveau des plateformes. Eu égard à la taille de l'établissement réparti sur plusieurs sites géographiques, il ne nous semble pas judicieux de préconiser une mutualisation des ressources humaines sur l'ensemble des pôles du CHU. Cette dernière pourrait être source d'insécurité pour les professionnels et les patients.

Si cette démarche de mutualisation des ressources humaines semble nécessaire dans un contexte contraint, il importe de lui donner du sens et de la formaliser.

Nous pouvons envisager que cette thématique soit travaillée avec le groupe de CSP. Après avoir resitué les notions fondamentales d'entraide entre les pôles, il s'agit de définir les modalités et les règles de fonctionnement de cette mutualisation.

En effet, la mutualisation doit garantir la qualité et la sécurité des soins, mais aussi la sécurité des professionnels.

Certains préalables à la mise en place de cette mutualisation sont nécessaires.

A savoir :

- Définition des compétences « mutualisables ». En effet, certains secteurs nécessitent des compétences spécifiques. Il est donc important d'identifier les personnes ressources sur ces compétences. Une cartographie des compétences, notamment pour les infirmières, pourrait être réalisée, par exemple au moment de l'entretien annuel d'évaluation sur la base d'un outil d'évaluation commun à construire.
- Existence d'outils de soins uniformisés (dossier de soins, protocoles...) afin de permettre aux professionnels d'être opérationnels et de travailler en toute sécurité.
- Gestion prévisionnelle de certains types d'absentéisme (ex : congés maternité, congés maladie...) et connaissance des fermetures de lits sur certaines périodes pour s'inscrire dans une gestion prospective de cette mutualisation.
- Définition d'une politique de communication et d'accompagnement des professionnels

Puis les règles de fonctionnement peuvent faire l'objet d'un guide reprenant les principes de base de cette politique de mutualisation :

- Organisation du remplacement en fonction des compétences
- Types d'absentéisme concernés par la mutualisation
- Mutualisation basée sur volontariat ou non des agents
- Formations nécessaires
- Gestion des plannings
- Modalités d'évaluation du processus sur la base d'indicateurs pré définis

Poser les modalités de fonctionnement de cette mutualisation n'est pas suffisant, la réussite d'un tel projet repose sur son inscription dans le cadre d'une démarche institutionnelle portée par la direction, mais aussi bien entendu par les chefs de pôle. Il est indispensable que ces derniers puissent être intégrés à cette réflexion, afin de favoriser le consensus.

3.4.2 Une réflexion sur les organisations médico soignantes

Aujourd'hui, l'hôpital souffre d'un réel manque de coordination entre les organisations soignantes et médicales qui est source de dysfonctionnements majeurs tant pour les patients que pour les professionnels.

Se questionner sur la pertinence des organisations médico soignantes ne peut que participer à l'optimisation des organisations de soins, à la prévention des risques liés aux soins et à l'efficience de l'organisation hospitalière.

En effet, une coordination et une coopération adéquate entre professionnels de santé aux fonctions différentes participent à l'amélioration de la prise en charge des patients et de leur parcours de soins ainsi qu'à l'optimisation de l'utilisation des ressources et des conditions de travail.

Cette thématique essentielle pour les établissements de santé, aujourd'hui, s'inscrit dans le cadre du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins tel que défini par la Haute Autorité de Santé dans le cadre de la certification V2010. Dès lors, un tel projet nécessite une démarche stratégique institutionnelle, mais relève également des missions de la CSIRMT et de la CME.

La réussite d'un projet de cette envergure repose sur la mise en place d'un comité de pilotage institutionnel dans lequel le président de la CME et le coordonateur général des soins doivent être partie prenante. En effet, il est indispensable que cette réflexion puisse être conduite conjointement par les médecins et la Direction des Soins. L'optimisation des organisations médico soignantes ne peut s'élaborer que dans un rapport de co construction, c'est-à-dire de réflexion et de prise de décision partagées entre professionnels concernés.

Nous pensons que si une réflexion sur les organisations médico soignantes doit permettre de dégager des gains de productivité, d'améliorer les conditions de travail, elle doit également amener à s'interroger sur la pertinence des prises en charge des patients au regard de l'évolution des besoins de santé de la population accueillie et des contraintes budgétaires.

Dans le cadre de notre étude, nous avons relevé une attente forte des chefs de pôle rencontrés vis-à-vis du directeur des soins sur cette thématique.

Si un comité de pilotage est en cours de constitution au niveau du CHU, il nous paraît opportun de mettre en place des groupes de travail pluri disciplinaires par plateforme. Ces derniers peuvent être pilotés par un directeur des soins. Il s'agit pour le directeur des soins d'apporter une aide méthodologique et de faire le lien avec le comité de pilotage afin de garantir la cohérence des actions.

Il convient que les directeurs des soins des différentes plateformes travaillent avec les chefs de pôle et les CSP sur l'optimisation des organisations médico soignantes. Cette réflexion doit dépasser le périmètre du pôle et s'inscrire dans une démarche d'ouverture entre les pôles. En effet, nous pensons que la convergence des organisations médico soignantes doit être, avant toute chose, axée sur l'optimisation du séjour du patient et de son parcours de soins. C'est pourquoi, il est également nécessaire d'étudier les interfaces avec les services support tels que le laboratoire, l'imagerie médicale, le bloc opératoire...

Nous proposons après la réalisation d'un bilan de l'existant des organisations médico soignantes actuelles, sur la base d'outils définis de manière consensuelle, de mettre en exergue les sources de dysfonctionnement et de dégager des axes de progrès transversaux. Cette mise à plat des organisations médico soignantes peut être complétée par une analyse des différents supports existant tels que les fiches de signalement d'événements indésirables, les réclamations et les plaintes.

Dans le cadre de cette réflexion sur les organisations médico soignantes, il peut être envisagé de travailler sur la notion de chemin clinique entendu en tant que référentiel standardisé qui guide le consensus et la coordination des soins autour des prises en charge des patients. Cette démarche permet d'engager les équipes médicales et para médicales dans un processus d'amélioration de la qualité et d'analyse des pratiques au regard de références professionnelles.

Pour autant, la réussite d'un tel projet, s'inscrivant dans le champ de l'évaluation des pratiques professionnelles, nécessite un réel travail de partenariat avec la direction de la qualité et passe nécessairement par une phase de communication importante, notamment auprès de la CME et de la CSIRMT.

La réflexion sur les organisations médico soignantes doit être pour le directeur des soins une opportunité pour redonner du sens aux pratiques et favoriser la synergie des compétences et des actions. Tout en recentrant les professionnels sur leur cœur de métier, il favorisera la coopération inter pôles et interprofessionnelle autour de la mutualisation des idées, des expériences, de la qualité et la sécurité des soins.

Conclusion

Face à la crise que traversent les établissements de santé, des réformes telles que la Nouvelle Gouvernance et plus récemment la loi HPST tentent de réorganiser le management hospitalier.

Dans ce cadre, l'organisation polaire, la contractualisation et plus particulièrement la délégation de gestion redistribuent les cartes du champ décisionnel. Les acteurs de pôle que sont les chefs de pôle et les cadres supérieurs de pôle disposent d'une zone d'autonomie plus conséquente dans la gestion et le management des pôles, devant nécessairement s'inscrire dans une stratégie et une politique institutionnelle.

Ces nouveaux modes de management, basés sur une approche transversale et non plus pyramidale de l'organisation hospitalière, nécessitent la mise en place de dispositifs de régulation, de contrôle et de coopération. Il importe de donner du sens aux actions des différents acteurs hospitaliers, de réaffirmer la cohésion institutionnelle et les relations coopératives au bénéfice de la qualité des parcours de soins des usagers. C'est dans ce contexte que les notions de contrat et de coopération prennent sens.

Si les établissements de santé ont avancé dans la mise en place de l'organisation polaire, force est de constater qu'il n'en est pas de même pour la délégation de gestion. Cette dernière, cadrée par le législateur, est source de discussions multiples au regard des difficultés budgétaires que peuvent rencontrer les hôpitaux et questionne le positionnement des managers hospitaliers. Quand certains s'interrogent sur les modalités de mise en place d'une gestion décentralisée, d'autres précurseurs dans la démarche reviennent vers une subsidiarité limitée.

Ce changement est source de questionnement et de frustration pour les acteurs rencontrés lors de notre étude, notamment pour les chefs de pôle et les cadres supérieurs de pôle. Ces derniers souhaitent être reconnus dans leur domaine de compétences et leur zone d'autonomie. Accompagner les projets de pôle et les évolutions des besoins de santé de la population passe pour ces acteurs par une évolution de leurs marges de manœuvre, une autonomisation des pôles et des coopérations inter pôles à promouvoir, dans un contexte budgétaire contraint intégré.

En effet, si les personnes rencontrées s'accordent à reconnaître les limites d'une gestion centralisée, dont elles ont mesuré les enjeux, elles mettent en exergue des attentes nouvelles, notamment vis-à-vis du rôle du directeur des soins. Attentes qu'il convient d'accompagner si l'on souhaite pérenniser l'investissement des chefs de pôle et des cadres supérieurs de pôle dans le management et la gestion des pôles.

Si certaines de ces attentes dépendent en grande partie d'orientations institutionnelles, le directeur des soins de par son positionnement stratégique et transversal a un rôle primordial à jouer dans l'accompagnement de cette évolution managériale incontournable. Evolution interrogeant son rôle de coordination qui au regard de notre étude se fonde davantage sur des notions de coopération que sur celles de contrôle.

Dés lors, au-delà du contrôle inhérent à toute politique de délégation de droits décisionnels, il convient de promouvoir des coopérations inter pôles en co construisant de nouveaux rapports sociaux d'entraide et de soutien mutuel. Au demeurant, il s'agit de développer une culture de mutualisation centrée sur la qualité, la sécurité des soins ainsi que sur la recherche d'efficience et de performance.

Au regard de notre enquête et du contexte actuel des établissements de santé, il nous semble opportun en tant que futur directeur des soins, de nous inscrire dans une démarche d'accompagnement des pôles. Cette approche s'oriente vers le développement des coopérations inter pôles et se fonde sur des relations de collaboration à développer avec les différents acteurs hospitaliers que sont les équipes de direction, médicales et de pôle.

Qu'il s'agisse du projet de soins, de l'analyse des pratiques, de la mutualisation des ressources humaines inter pôles ou encore de l'optimisation des organisations médico soignantes, ces éléments nous semblent être des pistes de réflexion pertinentes au regard du terrain de notre enquête, mais aussi de celui de notre futur exercice professionnel.

Des modalités de coordination fondées sur les notions de coopération nous permettent d'envisager l'organisation polaire et la délégation de gestion comme un mode managérial dynamique plutôt que comme source de cloisonnement de l'organisation hospitalière. L'adaptation de notre stratégie managériale à un contexte qui nécessite la transversalité des actions, la synergie des compétences et des savoirs nous semble un enjeu majeur pour notre futur exercice. Cependant, la coopération ne se décrète pas, elle se construit. C'est en intégrant les différents acteurs à cette démarche et en s'appuyant sur l'équipe de cadres supérieurs que nous pourrions dépasser le clivage du système actuel et participer à l'évolution des organisations hospitalières.

Evolution qui s'inscrit désormais dans une logique de territoire. En effet, répondre à une meilleure répartition de l'offre de soins, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, passe également par une évolution du management hospitalier à l'échelle du territoire. A l'heure de la réflexion sur les communautés hospitalières de territoire, les notions de collaboration, de coopération entre les différents acteurs et de coordination des parcours de soins prennent tout leur sens.

Bibliographie

Les textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 du 31 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française, n° 0167 du 22 juillet 2009.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité cliniques ou médico-techniques dans les établissements publics de santé. Journal Officiel de la République Française, n°0136 du 15 Juin 2009, 10942.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret du n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal Officiel de la République Française, n° 0227 du 30 septembre 2010.

Les ouvrages

BLANCHET A., GOTMAN A., 2010, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, 2^{ième} édition, Paris, Armand COLIN, 126 p.

CREMADEZ M ., GIRATEAU F., 1997, *Le management stratégique hospitalier*, 2^{ième} édition, Paris, Inter édition Masson, 445 p.

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

GENELOT D., 2001, *Manager la complexité*, 3^{ième} édition, Paris, INSEP Consulting, 357 p.

MOISDON J C., TONNEAU D., 1999, *La démarche gestionnaire à l'hôpital*, Paris, Editions Seli Arslan, 254 p.

MOISDON JC., 1997, *Du monde d'existence des outils de gestion*, Paris, Editions Seli Arslan, 286 p.

MORDELET P., 2006, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Rennes, Editions ENSP, 367 p.

SAISON J., 2009, *Droits hospitaliers*, 2^{ième} édition, Paris, Lextenson Editions, 349 p.

ZARIFIAN P., 1996, *Travail et communication : essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*, Editions PUF-Sociologie d'aujourd'hui, 213 p.

Les articles

BARTHES R., août 2010, « Dessine moi le cadre de demain... », *Soins Cadres*, pp 20-23.

BARTHES R., avril 2010, « Management : l'organisation en pôle change tout... ou presque », *Les cahiers hospitaliers*, pp 13-15.

LAMBERT P., janvier- février 2011, « Management des pôles : un réseau de co responsabilité », *Revue Hospitalière de France*, n° 538.

MARIN P., septembre 2010, « Les pôles d'activité : les hypothèses possibles entre échec et succès », *Les cahiers hospitaliers*, pp.26-27.

TOUPILLIER D., juin 2011, « Vers la direction d'un hôpital en réseaux », *Managers de santé*, pp 14-17.

Les rapports

Agence Nationale d'Appui à la Performance, *La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre*, 160 p

FOURCADE JP., Juillet 2011, Rapport au Parlement. « Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé », Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

ZEGGAR H, VALLET G., Février 2010, Rapport IGAS « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé ».

Les référentiels

Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation.

Les mémoires

LOGGER P., 2010, *Délégation de gestion : nouveau rôle des cadres supérieurs responsables de pôle*, mémoire directeur des soins EHESP, 39 p.

IDRISSI Y., 2008, *De la contractualisation à la délégation de gestion : mise en œuvre effective de la Charte Nouvelle Gouvernance au Centre Hospitalier de Périgueux*, mémoire directeur d'hôpital EHESP, 77 p.

Les sites Internet

CHARREAUX G., *La théorie positive de l'agence : positionnement et apports*. (visité le 04/09/2011), disponible sur Internet leg.u-bourgogne.fr

DAMERON S., *La dualité du travail coopératif*, (visité le 5/09/2011), disponible sur Internet www.cairn.info

Dictionnaire Reverso. (Visité le 25/07/2011), disponible sur Internet <http://dictionnaire.reverso.net>

NOGATCHEWSKY G., *L'exercice du contrôle dans la relation client fournisseur*, (visité le 5/09/2011), disponible sur Internet www.cairn.info

WEINSTEIN O., *Quelques controverses théoriques : l'entreprise dans la théorie de l'économie*, (visité le 04/09/11), disponible sur internet www.ladocumentationfrancaise.fr

Liste des annexes

ANNEXE I : Guide d'entretien semi directif cadres supérieurs de pôle

ANNEXE II : Guide d'entretien semi directif chefs de pôle

ANNEXE III : Guide d'entretien semi directif directeurs des soins

ANNEXE IV : Guide d'entretien semi directif directeurs (DGA, DRH, directeur des finances, directeur délégué)

ANNEXE I

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF CADRES SUPERIEURS DE POLE

Dans le cadre d'un mémoire de recherche, je travaille sur la délégation de gestion et je souhaiterais avoir votre point de vue sur cette thématique.

Dans un premier temps, pourriez vous vous présenter (parcours professionnel, ancienneté dans la fonction, dans l'établissement et sur le pôle)

THEME 1 : La délégation de gestion

Comment est organisée la délégation de gestion dans votre établissement ?

Quelles sont vos marges de manœuvre ?

- Quelles sont les enjeux et les objectifs de la délégation de gestion?
- A t elle évolué avec le PRE ?

Quel est l'impact de la délégation de gestion sur votre exercice professionnel (activité et management du pôle)?

- Ce qui a changé
- Les avantages
- Les inconvénients
- Les difficultés
- Modalités de fonctionnement avec le chef de pôle et les autres cadres de pôle

Quelle plus value apporte la délégation de gestion dans votre exercice professionnel ?

THEME 2 : Projet management

Comment avez-vous été accompagné dans le cadre de la mise en place de la délégation de gestion ?

Qu'attendez-vous du directeur des soins dans votre activité et plus particulièrement dans le cadre de la délégation de gestion ?

THEME 3 : Cohérence

Comment envisagez-vous le fonctionnement avec les autres pôles ?

Quels sont selon vous les éléments qui participent à la cohérence institutionnelle et à l'équité inter pôles ?

Quels sont les outils mis en place dans le cadre de la délégation de gestion et le pilotage des pôles ?

ANNEXE II

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF CHEFS DE POLE

Dans le cadre d'un mémoire de recherche, je travaille sur la délégation de gestion et je souhaiterais avoir votre point de vue sur cette thématique.

Dans un premier temps, pourriez vous vous présenter (parcours professionnel, ancienneté dans la fonction, dans l'établissement et sur le pôle).

THEME 1 : La délégation de gestion

Comment est organisée la délégation de gestion dans votre établissement ?

Quelles sont vos marges de manœuvre ?

- Quelles sont les enjeux et les objectifs de la délégation de gestion?
- A t elle évolué avec le PRE ?

Quel est l'impact de la délégation de gestion sur votre exercice professionnel (activité et votre management du pôle)?

- Ce qui a changé
- Les avantages
- Les inconvénients
- Les difficultés
- Modalités de fonctionnement avec le cadre de pôle et les autres pôles

Quelle plus value apporte la délégation de gestion dans votre exercice professionnel ?

THEME 2 : Projet management

Qu'attendez-vous du cadre de pôle?

Qu'attendez-vous du directeur des soins dans votre activité et plus particulièrement dans le cadre de la délégation de gestion ?

THEME 3 : Cohérence

Comment envisagez-vous le fonctionnement avec les autres pôles ?

Quels sont selon vous les éléments qui participent à la cohérence institutionnelle et à l'équité inter pôles ?

Quels sont les outils mis en place dans le cadre de la délégation de gestion et le pilotage des pôles ?

ANNEXE III

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF DIRECTEURS DES SOINS

Dans le cadre d'un mémoire de recherche, je travaille sur la délégation de gestion et je souhaiterais avoir votre point de vue sur cette thématique.

Dans un premier temps, pourriez vous vous présenter (parcours professionnel, ancienneté dans la fonction, dans l'établissement et sur le pôle).

THEME 1 : La délégation de gestion

Comment est organisée la délégation de gestion dans votre établissement ?

- Quelles sont les marges de manœuvre des cadres de pôle ?
- A-t-elle évolué avec le PRE ?

Quelles sont les enjeux et les objectifs de la délégation de gestion ?

Quel est l'impact de la délégation de gestion sur votre exercice professionnel ?

- Ce qui a changé
- Les avantages
- Les inconvénients
- Les difficultés

Quelle plus value apporte la délégation de gestion dans votre exercice professionnel ?

THEME 2 : Projet management

Comment envisagez-vous le rôle des cadres de pôle dans le champ de la délégation de gestion ?

Comment avez-vous accompagné les cadres de pôle lors de la mise en place de la délégation de gestion ?

Quel est l'impact de la délégation de gestion sur :

- le management du directeur des soins ?
- sur le rôle de coordination du directeur des soins ?

THEME 3 : Cohérence

Quels sont les outils mis en place dans le cadre de la délégation de gestion et le pilotage des pôles ?

Comment envisagez-vous le fonctionnement avec les différents pôles ?

Quels sont selon vous les éléments qui participent à la cohérence institutionnelle et à l'équité inter pôles ?

ANNEXE IV

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF DIRECTEURS (DGA, DRH, directeur des finances, directeur délégué)

Dans le cadre d'un mémoire de recherche, je travaille sur la délégation de gestion et je souhaiterais avoir votre point de vue sur cette thématique.

Dans un premier temps, pourriez vous vous présenter (parcours professionnel, ancienneté dans la fonction, dans l'établissement).

THEME 1 : La délégation de gestion

Comment est organisée la délégation de gestion dans votre établissement ?

- Sur quels critères, les choix de délégation ont-ils été établis ?
- Quelles sont les enjeux et les objectifs de la délégation de gestion ?
- A-t-elle évolué avec le PRE ?

Quel est l'impact de la délégation de gestion sur votre exercice professionnel ?

- Ce qui a changé
- Les avantages, les inconvénients
- Les difficultés

Quelle plus value apporte la délégation de gestion dans votre exercice professionnel ?

Quelle est selon vous l'évolution du rôle des différents acteurs ?

THEME 2 : Projet management

Comment avez-vous accompagné les cadres de pôle lors de la mise en place de la délégation de gestion ?

Qu'attendez-vous du cadre de pôle ?

Qu'attendez-vous du directeur des soins plus particulièrement dans le cadre de la délégation de gestion ?

THEME 3 : Cohérence

Quels sont les outils mis en place dans le cadre de la délégation de gestion et le pilotage des pôles ?

Comment envisagez-vous le fonctionnement avec les différents pôles ?

Quels sont selon vous les éléments qui participent à la cohérence institutionnelle et à l'équité inter pôles ?

SEILLIER	Martine	Décembre 2011
FILIÈRE DIRECTEUR DES SOINS Promotion 2011		
La délégation de gestion : Une coordination en question Des coopérations à promouvoir		
Résumé : Dans une logique de modernisation et de démocratisation du management hospitalier, la délégation de gestion semble être une évolution managériale incontournable. Dès lors, nous nous interrogeons sur l'évolution du rôle de coordination du directeur des soins, dans un contexte où les repères, les valeurs et les objectifs des acteurs hospitaliers sont impactés. La rencontre de professionnels acculturés aux notions de contractualisation et de délégation de gestion met en perspective des attentes spécifiques vis-à-vis du rôle de coordination du directeur des soins, fondées sur des notions de coopérations à promouvoir. S'en suivent des propositions orientées vers la collaboration entre les différents acteurs hospitaliers, l'accompagnement des cadres responsables de pôle mais aussi le développement de coopérations inter pôles. Ces coopérations sont basées sur la mise en œuvre de projets transversaux, de mutualisation des ressources et des compétences. Elles s'inscrivent dans une logique de responsabilisation et d'autonomisation des pôles.		
Mots clés : Cadre supérieur, Collaboration, Contractualisation, Coopération, Coordination, Directeur des soins, Délégation, Hôpital public, Management hospitalier, Modernisation, Mutualisation, Pôle d'activité.		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		