



Directeur des soins

Promotion : **2009**

Date du Jury : **septembre 2009**

La redéfinition d'une collaboration du Directeur de Soins avec les Cadres de Pôle

Alain DUPRE

Remerciements

La rédaction du mémoire professionnel constitue l'étape ultime de la formation des directeurs des soins à l'Ecole des Hautes Etude de Santé Publique.

Elle représente également l'aboutissement d'un enseignement de 9 mois, riche en acquisitions de connaissances théoriques, pratiques et en rencontres humaines mais également difficile dans ce que cette période génère en terme de mutations et de bouleversements dans la vie familiale, sociale et professionnelle.

Au terme de cette étape, et à quelques semaines d'une prise de fonction nouvelle, pleine d'espoirs et de doutes, je mesure tout le chemin parcouru durant près de vingt six ans de vie hospitalière.

Je souhaite ici rendre hommage à toutes celles et ceux avec qui j'ai travaillé, qui m'ont accompagné dans mon apprentissage soignant, dans les différentes fonctions exercées et m'ont aidé à forger mon identité professionnelle, dans le respect de la personne soignée et le sens permanent du service public.

Mes remerciements s'adressent aussi à toutes celles et tous ceux qui, à un moment ou à un autre m'ont aidé dans ce cursus de formation, à ma famille proche.

Je remercie très sincèrement tous les professionnels qui ont bien voulu me consacrer un peu de leur temps pour des entretiens très riches et productifs.

Merci enfin à tous ceux que j'ai rencontrés durant cette année et qui ont partagé avec moi les bons moments et les périodes difficiles : Gérard, Fabienne, Régine, et Marie Pierre et tous les autres, trop nombreux pour être tous nommés ici mais qui ont constitué des éléments forts dans ce moment très particulier de ma vie.

Sommaire

Introduction	1
1 La nouvelle gouvernance remet en question les modes de management traditionnels	3
1.1 La gouvernance ou l'équilibre des pouvoirs.....	3
1.2 Le rôle de la délégation de gestion	4
1.2.1 Le cadre formel de la délégation.....	5
1.2.2 Dans cette délégation de gestion la place du cadre supérieur de santé assistant de pôle.....	6
1.2.3 La contractualisation interne au établissement de santé	7
1.3 Le directeur des soins dans la nouvelle gouvernance	8
1.3.1 L'autorité fonctionnelle et hiérarchique sur les cadres de santé assistant de pôle.....	10
1.3.2 Une évolution managériale	11
2 Une enquête sur le terrain d'établissements de santé en MCO et psychiatrie	15
2.1 Présentation de la méthodologie, des résultats et de l'analyse sur la collaboration du directeur de soins avec les cadres assistants de pôle	15
2.2 Une méthodologie qui recherche les représentations sociales des professionnels	16
2.2.1 La population interviewée	16
2.2.2 Le type d'entretien et le déroulement de l'enquête	16
2.2.3 Les limites de l'enquête	17
2.2.4 La préparation et la réalisation des entretiens	17
2.3 Analyse thématique du discours des acteurs interviewés	17
2.3.1 La mise en place des pôles d'activité médicale	18
2.3.2 La place des directeurs des soins dans le dispositif	20
2.3.3 Les modes de coordination entre les différents acteurs	21
2.3.4 La délégation de gestion au sein des pôles.....	22
3 Préconisation a mettre en œuvre par le directeur de soins	25
3.1 Un rôle modifié et des pouvoirs redistribués.....	25
3.2 Perspectives et facteurs de progrès	26

3.3	L'accompagnement des cadres supérieurs assistants	27
3.4	Améliorer les règles de fonctionnement entre les différents pôles d'activités et les différents professionnels de santé	29
	Conclusion	31
	Bibliographie.....	33
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

CE	:	Conseil Exécutif
CHS	:	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CME	:	Comité Médical d'Etablissement
CPOM	:	Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen
CSP	:	Code de la Santé Hospitalier
CSS	:	Cadre Supérieur de Santé
DHOS	:	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DS	:	Directeur des Soins
EPRD	:	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS	:	Etablissement Public de Santé
GPMC	:	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
GRH	:	Gestion des Ressources Humaines
HPST	:	Hôpital Patient Santé Territoire
T2A	:	Tarifcation à l'Activité

Introduction

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

A l'heure actuelle, les pouvoirs publics continuent à développer une vive réflexion, alimentée par les rapports des Commissions Larcher et Vallancien et des bouleversements sont à venir dans le contexte de la loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoires » (H.P.S.T.). L'hôpital est en proie à une crise majeure qui l'affecte dans toutes ses dimensions. Malgré plusieurs tentatives de réformes, le malaise persiste. Les pouvoirs publics lancent alors fin 2002 une importante réforme de l'hôpital, appelée Plan « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ». Il comporte plusieurs volets, la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé¹, la réforme du financement des établissements, mettant notamment en place la Tarification à l'activité (T2A) et la relance de l'investissement hospitalier.

Les axes essentiels de la Nouvelle Gouvernance² prévoient une réorganisation interne de l'hôpital en pôles d'activité pour mieux mutualiser les moyens. Elle vise aussi à médicaliser les décisions stratégiques de l'hôpital par la rénovation des instances, en redistribuant les compétences au profit d'un conseil Exécutif (C.E.) et la contractualisation interne dans le but d'accroître la responsabilisation des acteurs. C'est ce dernier point qui justifie le développement de la délégation de gestion. Celle-ci consiste à donner au responsable de pôle des marges de manœuvre dans les actes de gestion courante en lui déléguant la capacité de décider dans des domaines relevant de l'autorité du Chef d'Etablissement.

La fonction du cadre assistant de pôle est soumise à ces différentes transformations hospitalières et plus particulièrement à la réorganisation des services de soins en pôles d'activité, axe fort de cette réforme. Le cadre assistant de pôle, par répercussion, aura aussi sa ou ses délégations de gestion. Les hôpitaux évoluant dans un budget contraint, il lui sera demandé d'optimiser les ressources allouées par le pôle pour le fonctionnement du service de soins dont il est responsable en donnant aux personnes hospitalisées la

¹ Ordonnance n°2003-850 du 04 septembre 2003

² Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

meilleure prestation de soins possible. Il lui sera demandé également de déterminer l'activité la plus efficiente pour le service et ainsi espérer se voir allouer le meilleur budget de fonctionnement. Appréhender la logique gestionnaire au sein du pôle d'activité est une nouvelle contrainte pour les cadres assistants de Pôles.

Au-delà de ce changement organisationnel, ce sont de nombreux changements d'ordre relationnels, culturels et managériaux qui s'opèrent. Le directeur des soins, en tant que membre de la direction doit contribuer à accompagner ces changements et adapter sa stratégie managériale à ce nouveau contexte, aux interlocuteurs majeurs que sont devenus les chefs de pôles et les cadres assistants de pôle. C'est pour lui un véritable enjeu managérial que de susciter un intérêt à coopérer chez les acteurs et d'opérer pour lui-même un changement de posture.

Afin de clarifier les prérogatives inhérentes à ma future fonction de Directeur de Soins, je me suis posé la question suivante :

En quoi la délégation de gestion suscite-t-elle une redéfinition de la collaboration entre Cadres Supérieurs de Santé et le Directeur des Soins ?

Les hypothèses de travail sont :

- les cadres supérieurs de santé sont amenés à devenir plus autonomes, dans le cadre de la délégation de gestion. Ils ont désormais une marge de manœuvre pour définir les organisations et initier des projets.
- la contractualisation interne et la mise en place des pôles donnent en effet aux cadres supérieurs soignants un véritable rôle d'animation de ces pôles sous l'autorité d'un médecin, modifiant les relations hiérarchiques et fonctionnelles entre le Directeur des Soins et les Cadres de Pôle.
- les activités du directeur des soins sont modifiées, vers le conseil, vers la mise en œuvre de la transversalité pour une application cohérente du projet de soins au niveau institutionnel.

La première partie de mon travail consistera à apporter un éclairage théorique des concepts qui s'adosse à une recherche documentaire afin d'aller plus en avant dans l'étayage du constat. Je m'attacherai tout particulièrement à préciser les concepts d'organisation et de management induits par le nouveau cadrage législatif des hôpitaux.

La deuxième partie est consacrée à l'exploration des hypothèses de travail retenues à travers un ensemble d'entretiens semi-directifs menés auprès de cadres supérieurs de santé, de directeurs de soins, de directeurs d'hôpitaux et médecins responsables de pôles. Les résultats feront l'objet d'une mise en perspective afin de formuler des propositions d'actions développées dans une troisième partie.

1 La nouvelle gouvernance remet en question les modes de management traditionnels

1.1 La gouvernance ou l'équilibre des pouvoirs

Le concept anglo-saxon de gouvernance est né dans le droit des entreprises. Parmi les auteurs de référence, Jean Scalais définit ainsi le corporate governance : « Règles de contrôle de la gestion des entreprises destinées à garantir le meilleur équilibre entre les intérêts de ses différentes composantes. Les principes en sont la présence d'administrateurs indépendants dans le conseil d'administration, l'obligation pour celui-ci d'agir en fonction de l'intérêt social, la création de comités spécialisés auprès du conseil d'administration, la publication d'informations permettant de rendre plus transparente la gestion de la société ». On retrouve dans la nouvelle gouvernance hospitalière cette idée de rééquilibrage des pouvoirs entre les acteurs. Budet³ la définit comme l'ensemble « des systèmes et pratiques qui permettent aux acteurs de développer, de connecter et d'implanter des stratégies efficaces de changements et de s'appuyer sur des valeurs productrices de confiance et de solidarité. La gouvernance hospitalière doit donc être une gouvernance stratégique, une gouvernance de projets et par conséquent associer les acteurs pertinents ».

Transposée dans le secteur hospitalier, la « corporate governance » se manifeste par :

- la délimitation des zones de responsabilités entre les différents professionnels,
- les exigences de transparence et de qualité dans le reporting et la communication des informations en interne et en externe,
- l'exercice collégial des responsabilités, notamment au sein de conseil exécutif, mais aussi du pôle,
- le renforcement des relations de partenariat entre les directeurs et les médecins et une plus grande complémentarité des forces et des compétences dans la gestion quotidienne de l'établissement et de ses entités.

A titre d'illustration, la mise en place du Comité Exécutif marque une avancée considérable en permettant un pilotage paritaire de l'hôpital. Cette instance, de nature décisionnelle, est composée à part égale de médecins et d'administratifs. La nouvelle gouvernance inaugure une nouvelle façon d'envisager les relations entre le corps médical et le corps administratif : à la vision conflictuelle qui a longtemps prévalu, tente de se substituer une vision plus consensuelle.

³ Budet.J.M. « Les clés de la gouvernance hospitalière », *Gestion hospitalières*, novembre 2003, n°430, cahier 181, pp. 708-731

Dans ce cadre rénové, la délégation de gestion joue un rôle non négligeable pour sensibiliser le monde médical et soignant à la dimension économique de leur pratique et aux préoccupations des établissements.

1.2 Le rôle de la délégation de gestion

La nécessité de rapprocher la gestion des unités opérationnelles est au centre de nombreux dispositifs de réforme de l'Etat.

Concernant l'hôpital, elle était déjà l'objet du décret n°83-744 du 11 avril 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.

L'article L 6145-16 du Code de la Santé Publique (CSP) relatif aux centres de responsabilité, issu de l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, l'affirmait également : « Les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne. Les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur de l'Etablissement Public de Santé (EPS) ». Mais cette opportunité offerte aux établissements, tout comme la possibilité de se regrouper en unités plus importantes que les services, est restée lettre morte, butant sur la résistance au changement et l'absence d'incitation à adopter ce nouveau mode de pensée.

En rendant la contractualisation obligatoire, en l'appuyant sur des pôles permettant de mutualiser et rationaliser les ressources, en liant à une incitation à s'intéresser à son activité, les pouvoirs publics se sont donné les moyens de rendre la délégation de compétences enfin opérationnelle.

La délégation de gestion a pour but de déconcentrer la gestion hospitalière en application du principe de « subsidiarité », c'est-à-dire des décisions prises au niveau le plus proche possible des personnes qu'elles concernent pour assurer une meilleure adéquation des moyens et des besoins.

Elle permet de désengorger le sommet hiérarchique pour le recentrer sur ses missions stratégiques dans des structures hospitalières de grande taille, aux nombreux acteurs obéissants à des logiques différentes.

En supprimant des strates intermédiaires, elle doit réduire les délais et les coûts de gestion.

Cette délégation doit ouvrir une étape nouvelle dans l'adaptation des méthodes de gestion hospitalière.

Le développement de la contractualisation interne est une nécessité pour la modernisation des établissements publics de santé et la mise en œuvre d'une méthode de gestion de qualité et participative en associant les équipes hospitalières à la gestion de l'hôpital et déconcentrant le plus possible les procédures internes.

Décliner, pour chaque unité clinique, les objectifs de qualité de soins ainsi que les engagements des suivis d'activité dans des contrats de délégation devrait permettre une meilleure utilisation des moyens humains, matériels et financiers. De plus, la fixation d'objectifs contractuels doit susciter la prise de responsabilité de chaque acteur, ainsi qu'un véritable dialogue entre la Direction et les équipes médicales et paramédicales.

1.2.1 Le cadre formel de la délégation

La délégation de gestion induit une délégation de compétence. Les textes législatifs et réglementaires français définissent deux types de délégation : la délégation de pouvoir, qui est accordée au délégataire selon ses fonctions (délégation impersonnelle), réalise un transfert de pouvoir à une autorité inférieure et dessaisit l'autorité délégante. La délégation de pouvoir diffère de la délégation de signature, accordée personnellement, qui transfère seulement une signature à une personne qui devient son fondé de pouvoir.

En ce qui concerne les Etablissements Publics de Santé, la législation n'autorise pas de délégations de pouvoir.

La délégation de gestion ne peut porter que sur des matières qui relèvent des pouvoirs propres du directeur et n'excèdent pas le champ d'attribution du pôle.

Elles prennent ou non la forme de délégations de signature. Dans le premier cas, le directeur peut déléguer ses compétences aux responsables de pôle sur des matières entrant dans la compétence de ces pôles (recrutement de personnel de remplacement, changement d'affectation des agents au sein du pôle...) hors décisions nécessitant consultation d'une instance d'établissement, décisions relatives à la politique générale des ressources humaines (recrutement d'agents permanents, organisation du travail, affectations d'agents inter-pôles) et les décisions relatives aux marchés publics.

Une délégation de gestion revêtant la forme d'une délégation de signature doit être autorisée par un texte réglementaire, doit être accordée par décision explicite et expresse indiquant l'identité du délégataire et l'étendue de la délégation, doit faire l'objet de mesures de publicité (notification, affiche, communication au Conseil d'Administration, transmission au comptable) et doit être partielle, le délégant ne pouvant déléguer qu'une partie de ses compétences.

Toute délégation de signature peut être retirée à tout moment.

En l'absence de délégation de signature formalisée et publiée, la réglementation ne précise pas la portée ou le contenu de la délégation, le directeur attribuant les délégations convenant à la réalisation des objectifs du contrat et s'engageant à respecter les demandes des pôles dans la limite des enveloppes définies.

1.2.2 Dans cette délégation de gestion la place du cadre supérieur de santé assistant de pôle

Avec l'instauration de la nouvelle gouvernance à l'hôpital, les cadres assistants de pôle sont appelés à jouer un rôle majeur dans le fonctionnement de l'hôpital en devenant de véritables relais entre soignants et administratifs.

Le cadre supérieur de santé est chargé d'assister le responsable de pôle. L'article L. 6146-6 du Code de la santé publique ne prévoit que le praticien responsable d'un pôle clinique ou médico-technique « est assisté selon les activités du pôle par (...) un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences ».

Le cadre supérieur de santé, constitutif d'un grade du corps des cadres de santé, assure l'assistance du responsable de pôle de façon transversale aux structures internes du pôle⁴. La fonction d'assistance traduit le principe d'autorité du responsable de pôle sur le cadre supérieur de santé, dans l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités de soins relevant du pôle.

Le responsable de pôle peut-il choisir le cadre de santé chargé de l'assister ? Aucune disposition ne s'y oppose et la Direction Hospitalière de l'Organisation des Soins (DHOS) le considère, à juste titre possible : « Dans le silence des textes sur ce point, il paraît légitime de laisser les responsables de pôle choisir les cadres qui les assistent⁵. »

Les fonctions de cadre supérieur assistant du pôle sont de trois types :

- dans l'animation de l'équipe des cadres de santé : identification et optimisation des ressources, délégation et contrôle (gestion des soins et des organisations, gestion des patients, gestion du personnel, gestion du matériel),
- dans sa collaboration (avec le directeur des soins)
- dans l'organisation du pôle : participation à l'élaboration du projet de pôle, suivi des projets de service (accompagnement des cadres de santé et des équipes), suivi du budget en liaison avec le cadre administratif (notamment suivi de l'activité et des dépenses).

L'objectif général est l'amélioration de la qualité des prestations délivrées aux patients. Elle passe par la contractualisation interne qui va décliner dans un cadre annuel les objectifs du pôle (médicaux, soignants, organisationnels...) et les moyens accordés en regard de ces objectifs.

⁴ Cf. La formulation de l'article R.6146-12, 1°, b, du Code de la santé publique : « le cadre supérieur de santé (...) qui assiste le responsable de pôle ».

⁵ DHOS, Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière, juillet 2006, p. 83

1.2.3 La contractualisation interne au établissement de santé

Conçu comme un instrument de structuration des pôles, le contrat interne, tel que défini par l'article L. 6145-16 CSP constitue un outil opérationnel privilégié de définition des modalités de fonctionnement des pôles. Ce contrat fait l'objet d'une négociation entre le directeur et le président de la Commission Médicale d'Etablissement.

S'agissant du contenu des contrats, ces derniers définissent les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

Si les cocontractants jouissent d'une très grande marge de manœuvre, la DHOS précise qu'il est souhaitable que les négociations des contrats internes débutent sans attendre l'intervention d'une délibération du conseil d'administration, d'une part, afin de garantir le respect du calendrier de mise en place des pôles (31/12/2006), et d'autre part, dans la mesure où ces négociations permettront de nourrir concrètement l'élaboration de la politique de contractualisation interne (p. 96 du document précité).

S'agissant de la procédure de contractualisation, il convient de préciser que le contrat, une fois négocié, est cosigné entre le directeur et le président de la CME, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part. Toutefois, le responsable de pôle n'intervient pas seul dans cette procédure, l'article R. 6146-10 CSP disposant notamment : « *I. - Le conseil de pôle d'activité mentionné à l'article L. 6146-2 a notamment pour objet : 1° De participer à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle, dans le respect de la déontologie médicale, s'agissant des pôles cliniques et médico-techniques ; [...]* ».

S'agissant de l'évaluation de l'exécution du contrat, les conditions d'exécution de ce dernier, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, feront l'objet d'une évaluation annuelle entre les signataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la CME et du conseil exécutif.

La doctrine s'inquiète à juste titre de « *la privatisation du droit public* », dont le contrat interne serait une illustration⁶. On peut néanmoins émettre une réserve sur la critique portant sur une prétendue contradiction entre le fait de conclure un contrat synallagmatique et le fait que le rapport de force des parties au contrat soit déséquilibré.

⁶ BJPH - juin 2006, n° 89 p. 10.

A mon sens, le fait pour un contrat d'établir des obligations réciproques et interdépendantes - car c'est là la définition du contrat synallagmatique - n'implique pas nécessairement que les parties contractantes soient sur un pied d'égalité.

Un exemple simple suffira pour nous en convaincre : lorsqu'un voyageur utilise les transports collectifs, tels que ceux assurés par la SNCF ou la RATP, le voyageur s'engage notamment à être muni d'un titre de transport valable. Cependant son cocontractant s'engage de son côté à assurer le transport en toute sécurité (obligation de sécurité d'origine jurisprudentielle créée au visa de l'article 1135 du Code civil). Ici, on le voit, le contrat est synallagmatique (synonyme de bilatéral) mais le rapport de force n'est pas pour autant équilibré dans la mesure où le voyageur conclut un contrat d'adhésion et non un contrat de gré à gré. Autrement dit, il n'a pas le choix de la négociation. Soit il utilise les transports collectifs dans les conditions fixées par le transporteur, soit il utilise un autre moyen de transport.

Cet exemple illustre simplement le fait que les parties au contrat interne, si elles ne sont pas sur un pied d'égalité, disposent néanmoins d'une marge de manœuvre dans la négociation.

1.3 Le directeur des soins dans la nouvelle gouvernance

Depuis 2002, la direction des soins regroupe l'ensemble des professionnels de santé non médicaux, soit 14 professions différentes, au sein de trois filières professionnelles, la filière infirmière, la filière de rééducation et la filière médico-technique. Cette évolution voulue par le Ministère de la santé et une partie des professionnels poursuit l'objectif de mieux coordonner les professionnels de santé autour de la prise en charge du patient. On abandonne donc l'approche par filières professionnelles au bénéfice d'une approche par processus.

Il n'est donc plus possible d'aborder l'organisation des soins sans prendre en compte, à chaque fois, et dans une vision systémique et intégrée, l'intervention des autres professionnels dans le cadre de démarche pluridisciplinaire autour du patient.

Nombreux ont été ceux qui ont vu apparaître le spectre de la perte d'identité et un réel danger pour les soins infirmiers. Si l'on met de côté les positionnements corporatistes et que l'on centre son regard sur le patient, il devient évident que la prise en charge est le résultat de l'action d'un ballet bien orchestré de professionnels d'origines différentes, mais qui concourent tous au même objectif.

La Direction des Soins doit donc s'adapter, sortir de sa vision unique des soins infirmiers et faire sienne cette nouvelle mission de coordination que lui a assignée le législateur.

De prescripteurs de travail, les directeurs des soins sont devenus des acteurs du lien et des fédérateurs. Les acteurs de terrain s'organisent et se mettent d'accord sur leurs objectifs qu'ils vont contractualiser avec la Direction.

Ils les assisteront pour leur faciliter l'accès à l'autonomie. Ils leur apporteront leur expertise et leur soutien.

Ils seront également les gardiens des grands équilibres et des valeurs universelles qui soutendent l'action. Il s'agit pour la direction des soins, de garder un regard vigilant sur le risque de dérive qui peut être généré par une approche purement économique de la santé.

Les établissements ont le devoir d'être performants et d'assurer le meilleur soin au meilleur coût, car il en va des grands équilibres de la collectivité.

Il leur appartient de rendre compatibles ces différents objectifs, de permettre aux soignants de délivrer des soins de qualité dans un environnement soucieux de préserver les ressources de la nation.

Plus que jamais, les valeurs d'humanité sont à préserver. Encore une fois, il n'y a pas d'incompatibilité entre les objectifs pour peu qu'ils rappellent à chaque fois que c'est le patient qui est au centre de notre action.

Le directeur des soins intervient à de multiples niveaux. Membre du Conseil exécutif, il fait entendre la voix des soignants au plus haut niveau stratégique. Cette voix est également relayée en équipe de direction et dans toutes les autres instances de l'établissement.

Au niveau du pôle d'activité, le cadre supérieur de santé qui assiste le praticien responsable, met en œuvre le projet de soins défini au niveau de l'institution et participe pleinement aux décisions et au suivi du contrat et du projet de pôle.

Il entre aujourd'hui dans une ère nouvelle que beaucoup redoutent et que certains ne comprennent pas. C'était tellement mieux avant diront les nostalgiques d'une époque où les citadelles étaient bien ancrées et où chacun travaillait dans son coin sans se soucier de la performance collective. Néanmoins, le diagnostic posé en 2003 était sans appel, d'une part l'environnement concurrentiel qui est celui du monde de la santé va les contraindre à être plus réactifs et plus performants s'ils veulent encore avoir une clientèle à l'hôpital public, et d'autre part les ressources consacrées à la santé pèsent de plus en plus lourd sur la collectivité.

1.3.1 L'autorité fonctionnelle et hiérarchique sur les cadres de santé assistant de pôle

Le rapport Couanau constate que « les textes ne ménagent qu'une autorité limitée aux chefs de service » et ajoute que « si, dans les faits, il est essentiel au bon fonctionnement du service, le chef de service n'a en fait guère de pouvoirs formels sur son équipe médicale et encore moins sur l'équipe soignante⁷ ».

Les auteurs du rapport Debrosse voient dans « l'encadrement, une fonction indispensable qui doit être reconnue et valorisée ». Ils proposent « une formation des cadres de santé qui privilégiera la collaboration avec les médecins au lieu de tenter d'imposer une séparation nuisible dans la responsabilité de la prise en charge des soins⁸ ». Il suggère également « la mise en place des pôles avec une réelle capacité d'initiatives à côté du médecin ».

L'article L. 6146-6 du Code de la santé publique, issu de l'ordonnance de 2 mai 2005, énonce que le praticien responsable d'un pôle clinique ou médico-technique « organise avec les équipes (...) soignantes et d'encadrement du pôle sur lesquelles il a autorité fonctionnelle le fonctionnement technique du pôle (...). Il est assisté selon les activités du pôle par (...) un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de ses compétences ». le responsable de pôle dispose d'une autorité fonctionnelle sur le personnel d'encadrement du pôle, incluant, par conséquent, les cadres de santé. Cette attribution ne confère qu'un pouvoir d'encadrement et d'organisation du travail, à l'exclusion d'un pouvoir hiérarchique. En cela, la réforme ne suit pas les préconisations du rapport Couanau, lequel suggérait que le pouvoir hiérarchique du responsable du pôle sur les personnels médicaux soit réaffirmé et que « cette autorité soit reconnue sur les personnels soignants d'encadrement : ils donneraient leur avis sur l'affectation de ces personnels dans leur service (ou leur pôle)⁹ ».

L'autorité hiérarchique sur les cadres de santé relève du directeur des soins, désormais dénommé « directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques¹⁰ ». L'article du décret du 19 avril 2002¹¹ la précise de la façon suivante : « le directeur des

⁷ Assemblée nationale, Rapport d'information n°714 précité, proposition n°7, p. 34

⁸ Rapport Projet Hôpital 2007 : Mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale », Denis Debrosse, Antoine Perrin, Guy Vallancien, 3 avril 2003, p. 28

⁹ Assemblée nationale, Rapport d'information n°714, précité, proposition n°7, p. 46

¹⁰ Article L.6146-9 du Code de la santé publique

¹¹ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

soins (...) dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé ». A ce titre, le directeur des soins « participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation¹² ». Ce décret introduit la notion d'autorité hiérarchique par délégation laquelle ne figurait pas dans le texte antérieur. Le décret du 18 octobre 1994¹³ énonçait que les infirmiers généraux « participent à la gestion des personnels infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers dont ils proposent l'affectation ».

Il peut être opportun que les modalités de mise en œuvre de cette double autorité, hiérarchique et fonctionnelle, soient précisées dans le contrat de pôle.

1.3.2 Une évolution managériale

Le management¹⁴ désigne une dimension fondamentale de la vie des organisations. Au-delà des méthodes et des techniques proposées, le management repose avant tout sur le rôle que le manager veut bien se donner.

On est passé en soixante ans de l'école classique représentée par FAYOL pour la fonction administrative et par TAYLOR pour la division scientifique du travail au management de l'organisation post-Taylorienne, c'est-à-dire d'une vision pyramidale et segmentée à une approche plus transversale en réseau.

Le manager d'une organisation a pour mission de réaliser le ou les objectifs assignés à cette organisation par les détenteurs du pouvoir de décisions tels que le conseil d'administration, les tutelles administratives.

Pour réaliser cette mission, il s'assure que l'objectif est partagé par les membres de l'organisation. Il motive et entraîne les responsables des secteurs d'activité (pôles, centre de responsabilité...) à concourir à la réalisation des objectifs.

Le plan hôpital 2007 et 2012 a proposé une évolution des responsabilités des acteurs hospitaliers reposant sur une réorganisation structurelle « les pôles d'activité ». Cela suppose une redéfinition des règles du jeu, le développement d'une logique de déconcentration prenant en compte les réalités locales et professionnelles.

A) Les concepts de l'innovation

La segmentation en pôles d'activité conjuguée à la contractualisation interne sous-tend de profonds changements. Ce dispositif correspond à une innovation en matière de management.

¹² Article 4, 4°, du décret

¹³ Décret n°94-904 du 18 octobre 1994, modifiant le décret n°89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière

Un détour par la théorie de l'innovation éclaire la complexité de cette évolution organisationnelle.

Dans toute entreprise, Norbert Alter¹⁵ observe la coexistence de deux logiques apparemment contradictoires. L'une est centrée sur l'organisation pour réduire les incertitudes, l'autre vise à tirer parti de ces incertitudes pour innover. L'innovation fait plutôt référence à une nouvelle donne organisationnelle.

L'organisation ne peut être pensée comme un système stable, mais au contraire comme un système en constante évolution.¹⁶

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

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

Cependant, l'innovation ne va pas sans résistance :

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

B) Les acteurs : responsabilités et pouvoirs

L'hôpital est le lieu d'exercice de très nombreux professionnels, la segmentation en pôles d'activité et la contractualisation interne induisent de profonds changements qui font de ce dispositif une réelle innovation en matière de management.

Henri MINTZBERG¹⁷ situe l'organisation hospitalière comme une organisation professionnelle qui représente aussi des caractéristiques d'une organisation mécaniste ce qui en fait une bureaucratie professionnelle.

Miche CREMADEZ¹⁸ relève un certain nombre de caractéristiques :

¹⁴ MINTZBERG H. « manager c'est assurer la convergence entre le fonctionnement réel et le fonctionnement désiré et empêcher que les écarts s'amplifient ».

¹⁵ Norbert Alter, Sociologie de l'innovation, PUF, 1996

¹⁶ Selon SCHUMPETER, l'innovation représente l'ensemble des actions mises en œuvre pour faire passer une invention sur le marché et ces actions supposent l'élaboration de combinaisons nouvelles entre les différentes ressources dont dispose l'entreprise. L'innovation est « une destruction créatrice », où il y a beaucoup d'innovations, il y a beaucoup de destructions et beaucoup de création. Ces créations favorisent les apprentissages. L'apprentissage est permanent dans une organisation.

¹⁷ MINTZBERG Henri, Structure et dynamique des organisations, Les Éditions d'organisation, Paris, 1994

- L'importance des centres opérationnels relativement autonomes du fait de leur spécialisation et pourtant de plus en plus interdépendants, tout particulièrement avec les services médico-techniques.
- Une coordination, basée principalement sur l'ajustement mutuel et la standardisation des qualifications.
- La coexistence des concepts de différenciation et d'intégration.¹⁹

Selon Julien GOTTMANN²⁰, l'insuffisance de relations entre les sphères administratives et médicales est souvent présentée comme un des maux majeurs de l'organisation actuelle. La contractualisation des relations entre les équipes médicale et administrative apparaît incontestablement comme un moyen adapté pour concilier logiques administrative et médicale, et mettre en adéquation les objectifs médicaux et les moyens accordés. La contractualisation et le management de proximité apparaissent comme des leviers de la médicalisation de gestion.

Henri MINTZBERG²¹ définit le pouvoir comme étant « la capacité à produire ou modifier les résultats ou effets organisationnels ». Dans l'entreprise, l'organisation est soutenue par les acteurs qui entretiennent, entre eux, des relations de pouvoir ou d'influence, ces termes étant synonymes.

Tous les professionnels qui travaillent à l'intérieur de l'organisation, ou en lien avec elle, sont envisagés comme « détenteurs d'influence ». L'autorité est, selon ce concept, un sous-ensemble du pouvoir, de nature formelle.

Les fondements du pouvoir reposent sur le contrôle d'une ressource, qui est un savoir-faire technique ou un ensemble de connaissances, essentiel, non substituable dans l'entreprise et circonscrit à un individu ou un groupe de professionnels. S'y rajoutent les prérogatives légales d'exercer le pouvoir lié au rang hiérarchique occupé et à la fonction exercée.

Selon Jean Marie CLEMENT²² ce n'est pas un pouvoir qui prédomine, mais plusieurs pouvoirs qui coexistent sans qu'il y en ait un qui puisse pratiquement arbitrer les conflits.

¹⁸ CREMADEZ M. Les clés de l'évolution du monde hospitalier. Les cahiers de Gestions Hospitalières, n°59 – Mai 1987 p. 285-306

¹⁹ Une organisation qui est composée de sous systèmes agissant dans des environnements différents développe une différenciation. Il faut à tout prix réussir à réunir par des objectifs, une culture, des valeurs partagées.

²⁰ Article de GOTTMANN Julien: le développement de la contractualisation dans la gestion hospitalière, 2002, revue fondamentale des questions hospitalières

²¹ MINTZBERG H., Le pouvoir dans les organisations. Paris : Editions d'Organisation, 1986. P. 679

²² CLEMENT J.M. « les pouvoirs à l'hôpital » 2^{ème} Ed. – Berger Levrault 1995, p 191 Coll. Les cahiers hospitaliers p. 25

Les évolutions structurelles et organisationnelles que sont l'organisation en pôles d'activité et la contractualisation interne, visent à résoudre ce sujet en redessinant les champs de responsabilités et redistribuant « le pouvoir » entre les différents acteurs.

Le rôle est la manière dont l'individu se comporte dans son statut. C'est « le faisceau des attentes qui règlent le comportement des individu dans une position donnée »²³. Les attentes étant celles des supérieurs, des subordonnés, des collègues mais aussi les attentes de l'individu en référence à l'image idéale qu'il s'est construit de son rôle.

Le statut, la fonction, les ressources personnelles, le rôle sont autant de facteurs explicatifs de l'influence des acteurs à l'hôpital.

C) La direction des soins²⁴ :

La direction des soins est une direction professionnelle qui est totalement impliquée dans cette évolution structurelle et organisationnelle.

Jean Paul SEGADE²⁵ précise « si dans un premier temps le contrat interne a eu pour conséquence la réduction du nombre de cadres, c'est l'évolution des liens avec la DSSI et les cadres soignants qui s'est révélée plus structurante, la DSSI devenant une direction d'objectifs et d'expertises et non une direction opérationnelle ayant pour tâche d'affecter quotidiennement le personnel de l'établissement ».

D) L'encadrement paramédical

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

Pour ces professionnels paramédicaux, le champ des responsabilités, tant vis-à-vis de leurs collègues (cadres supérieurs comme eux) ou encore des cadres de proximité, nécessite d'être redéfini et leur positionnement clarifié.

Patrick EXPERT²⁶ rappelle que la contractualisation interne, fruit d'une négociation liant à la fois la direction et les responsables de terrain, consiste à confier de nouveaux pouvoirs aux médecins et aux cadres soignants.

²³ PETIT F. et DUBOIS M. Introduction à la psychosociologie des organisations. Ed. Dunod 1998

²⁴ Instaurée par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Le décret 2002-500 redéfinit sa composition et précise les missions du directeur des soins

²⁵ SEGADE J.P. « le contrat interne, instrument de management – un défi et une révolution culturelle », RHF n°486 mai-juin 2002 p. 28

²⁶ EXPERT P. Y a-t-il une vie après la contractualisation interne ? Gestion hospitalière Novembre 2002, cahier 172, p. 742-745

2 Une enquête sur le terrain d'établissements de santé en MCO et psychiatrie

2.1 Présentation de la méthodologie, des résultats et de l'analyse sur la collaboration du directeur de soins avec les cadres assistants de pôle

Pour explorer les hypothèses formulées et faire le lien avec la stratégie du directeur de soins dans l'accompagnement des cadres de pôles, nous avons réalisé une enquête auprès de quatre catégories de professionnels appartenant à trois établissements de santé. :

- Un centre hospitalier universitaire
- un établissement public de santé
- un établissement public de santé mentale.

Pour ces établissements la mise en place des pôles, c'est faite pour :

- un établissement dans une logique d'organe au nombre de 13 dont 1 administratif ;
- le CHU par :
 - des logiques d'organes
 - des logiques de prise en charge et de complémentarité
 - des logiques d'âge
 - des logiques de plateaux techniques
 - des logiques de synergie d'objectifs
 - des logiques de discipline indépendante.

Les blocs opératoires sont intégrés à 6 pôles ;

- le CHS, le regroupement des activités s'est fait en 2 pôles de psychiatrie générale, 1 pôle de gérontologie, 3 fédérations et l'ouverture d'une unité de patients chroniques.

Les objectifs sous-jacents sont de mesurer l'impact de la mise en place de la nouvelle gouvernance par la délégation de gestion sur les acteurs de santé et le positionnement du directeur des soins dans cette nouvelle organisation.

Pour mener à bien l'enquête, il a été élaboré une méthodologie recherchant une participation active des professionnels rencontrés. Les informations recueillies ont été agrégées par catégorie d'acteurs afin de donner une lisibilité aux résultats obtenus.

L'analyse proposée viendra confirmer ou infirmer les hypothèses de l'étude et permettra un étayage des propositions managériales du directeur de soins.

2.2 Une méthodologie qui recherche les représentations sociales des professionnels

2.2.1 La population interviewée

Afin de croiser les différents regards portés sur le nouveau positionnement des acteurs et leurs collaborations suite à la mise en place des pôles, les entretiens ont été réalisés auprès de différentes catégories professionnelles. Deux directeurs d'établissement, quatre médecins dont deux présidents de CME et deux praticiens responsables de pôle ont représenté le corps médical. Trois directeurs de soins et sept cadres supérieurs de santé de pôle ont complété la représentativité de l'échantillon retenu.

2.2.2 Le type d'entretien et le déroulement de l'enquête

La technique d'enquête retenue a été celle des entretiens semi-directifs. Le choix de cet outil est lié à la recherche sur le positionnement de chacun et sa représentativité de la mise en place des pôles.

La prise de notes, après accord des personnes interviewées, a été la plus exhaustive possible. L'objectif était de ne pas perdre d'information et de pouvoir restituer le plus précisément possible les déclarations et opinions des acteurs. Chaque personne a participé de façon volontaire à cette étude. Chaque entretien a fait l'objet d'une réécriture. Les données recueillies ont été traitées afin d'assurer l'anonymat des personnes et des lieux.

Le recueil des données a été effectué au moyen d'entretiens semi-directifs avec les acteurs concernés à différents niveaux de responsabilité ; le nombre d'entretiens réalisés est de 12 au total ; le choix de l'entretien semi-directif a été fait, pour obtenir un discours relativement libre sur un sujet donné, tout en offrant une « guidance » à la personne interviewée.

Concernant l'outil de recueil, j'ai élaboré 3 grilles:

- Une grille à destination des directeurs généraux d'établissement (annexe 1) ;
- Une grille à destination des médecins (*annexe 2*) ;
- Une grille à destination des directeurs des soins et aux cadres de santé assistants de pôle (*annexe 3*).

Chacune de ces grilles est construite de façon sensiblement différente selon les personnes interrogées ; ces grilles cernent le sujet en définissant les questions qui portent sur les hypothèses émises.

2.2.3 Les limites de l'enquête

La limite majeure de l'enquête réside dans le nombre même de personnes enquêtées qui ne peut, en tout état de cause, prétendre garantir une représentativité exhaustive et donc une objectivité totale ; cependant, en termes de faisabilité, le travail de recherche effectué ne permettait pas d'augmenter davantage le panel d'enquête ; les résultats ne se veulent pas être un jugement de valeur mais représentent modestement un support à une réflexion professionnelle.

2.2.4 La préparation et la réalisation des entretiens

Tous les acteurs enquêtés l'ont été sur les 3 établissements cités plus haut. Les enquêtes se sont déroulées sur une durée de 45 minutes environ ; les rendez vous ont été pris en expliquant le contexte du travail et les objectifs de l'entretien. Pour les interviews effectuées auprès des professionnels paramédicaux, les choix ont été effectués sur proposition du personnel d'encadrement. Pour éviter au maximum les effets de subjectivité, la reformulation a été largement utilisée au cours des entretiens. De plus, la trame du questionnaire servait de support mais permettait de poser les questions de façon différente selon l'interlocuteur, notamment pour les questions concernant l'aspect stratégique et managérial.

A l'issue des rencontres, le travail d'analyse a consisté à chercher à extraire de chaque entretien, les éléments forts et donnant du sens au questionnement posé ; une grille de lecture a été ensuite réalisée pour chaque corps professionnel dans l'objectif de repérer les points de convergence ou de divergence. La présentation des résultats est effectuée sous la forme des « points de vue » des acteurs.

2.3 Analyse thématique du discours des acteurs interviewés

L'analyse des entretiens a consisté en un regroupement selon des mots-clés utilisés par les interlocuteurs et selon quatre axes :

- La mise en place des pôles d'activité médicale,
- La place des directeurs des soins dans le dispositif

- Les modes de coordination entre les différents acteurs,
- La délégation de gestion au sein des pôles.

2.3.1 La mise en place des pôles d'activité médicale

A) D'après les directeurs d'établissement

Il apparaît clairement que l'organisation en pôles est vécue comme une étape incontournable pour faire évoluer l'hôpital, ses structures et ses acteurs.

Cependant, cette organisation nouvelle, si elle paraît claire dans les projets d'établissement, demande des délais d'appropriation pour les acteurs : d'après un directeur : « les pôles s'installent progressivement, au gré des volontés des médecins, des soignants et des directeurs » ; « l'organisation en pôles favorise le décloisonnement, optimise la prise en charge des patients ».

La logique de territoire et de pouvoir personnel semble parfois prévaloir sur celle de l'efficacité.

Pour la majorité des personnes rencontrées les freins à la mise en application du dispositif sont liés au facteur humain et font référence aux cultures professionnelles et aux groupes d'appartenance.

B) D'après les chefs de pôle

D'après les chefs de pôle, l'organisation en pôle a conduit à structurer les fonctionnements et donc à définir le positionnement des différents cadres assistants de pôle.

Pour un chef de pôle, le pôle est piloté par un bureau exécutif restreint de 4 personnes, dont un cadre supérieur de santé et s'appuie pour son animation sur un bureau.

Le cadre supérieur a une vision et un rôle stratégique : il fait des propositions qui sont discutées en bureau. Par exemple, il a en charge le recrutement du personnel.

L'information se fait ensuite du cadre supérieur vers les cadres des unités.

Ce qui est indispensable, c'est d'arriver à ce que tout le monde dispose du même niveau d'information.

La définition des missions du pôle se construit dans le cadre d'un séminaire de l'équipe médicale : les textes y sont analysés et la réflexion porte sur ce que le pôle souhaite faire, en essayant de définir quelques axes clairs dans un souci de réalisme.

L'animation et la réunion du conseil de pôle n'est pas facile, cela regroupe beaucoup de monde et il lui semble plus intéressant de travailler plutôt par groupe, cela permet de changer la façon de travailler.

Pour d'autres, ils ont l'impression qu'il faudra encore du temps pour que tout le monde arrive à intégrer les nouveaux outils de traduction des réformes.

C) D'après les coordonnateurs généraux des soins

L'organisation en pôles a contribué à modifier la prise en charge du patient. En effet, ils observent une mutualisation au sein des pôles qui facilite une meilleure coordination des professionnels autour du processus de prise en charge. De plus cette organisation a permis la mise en œuvre de projets communs et une prise de décision plus proche du terrain.

Pour la directrice des soins du CHS, « l'organisation en pôle peut avoir un risque de balkanisation ». Néanmoins, la direction des soins a dû adapter son organigramme à une organisation plus horizontale et moins hiérarchisée.

Le positionnement du coordonnateur général des soins s'est trouvé renforcé notamment du fait de sa participation au Conseil Stratégique, tandis que le cadre supérieur de pôle est devenu un acteur essentiel en tant que « pivot » du fonctionnement polaire.

L'environnement du cadre de santé évolue à travers le développement de nouvelles synergies au sein du pôle ; sa participation au conseil de pôle notamment l'oblige à avoir une vision plus large que celle de l'unité de soins dont il a la responsabilité.

Leurs principales difficultés se situent dans la différence de niveau de maturité d'un pôle à l'autre. Il est également assez difficile de mettre en place des organisations innovantes dans un contexte budgétaire contraint et de poser le champ des délégations. Il est nécessaire de maintenir un niveau de motivation et de confiance compatible avec les enjeux de l'organisation polaire.

D) D'après les cadres assistants de pôle

Un peu plus de la moitié des cadres assistants de pôle considèrent que l'organisation en pôle a modifié leur rôle ; il est noter que 2, sur les 7 ayant répondu, n'ont pas expérimenté d'autres formes d'organisation puisqu'ils ont été nommés peu de temps avant la mise en œuvre du projet.

Ils sont plusieurs à regretter de ne pas avoir participé à la définition de leur fonction.

Néanmoins, cette organisation a permis un repositionnement au sein de l'établissement et une meilleure coopération avec les chefs de pôle. Néanmoins, la nouvelle organisation en pôles nécessite de clarifier leur rôle et ses limites au sein du pôle. Le surcroît de travail des chefs de pôle du fait de leurs nouvelles missions amènent ces derniers à déléguer aux cadres assistants de pôle. Leur charge de travail croît de manière exponentielle « le chef de pôle me sollicite beaucoup, il faut participer à beaucoup de réunions, je n'ai pas le temps de réaliser correctement les recrutements qui est ma mission transversale...).

Pour certains, ils se disent débordés par la gestion quotidienne au sein du pôle et manquer de temps pour le reste.

2.3.2 La place des directeurs des soins dans le dispositif

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

Avec la mise en place de la contractualisation interne et des délégations de gestion au niveau des pôles ainsi que dans l'évolution des directions qui s'orientent vers un fonctionnement où sont présentes d'un côté des directions ayant une vocation de pilotage et de gestionnaire d'activités ou de domaines transversaux, et de l'autre côté, des directions en charge de conduire des projets et d'assurer l'interface avec les pôles, l'évolution générale des établissements a permis la réorganisation de la Direction des soins.

Selon un directeur des soins, le décret du 19 avril 2002 établit, « d'un point de vue légal, l'appellation de directeur de soins », ce qui le place au même niveau que les autres directeurs. Mais ce n'est pas parce qu'un texte positionne le corps de directeur de soins qu'il est automatiquement reconnu en tant que tel. « La reconnaissance est fonction des personnes, des collègues et surtout du chef d'établissement, voire des parcours individuels, du caractère et du tempérament de la personne. Or tous les directeurs de soins ne sont pas complètement intégrés dans les hôpitaux ». La profession n'est en effet pas suffisamment reconnue, estime un directeur de soins « Il n'y a qu'à regarder dans l'organigramme où se situe la direction des soins, explique-t-elle. Si elle se positionne sous la direction des ressources humaines, c'est qu'elle n'est pas considérée au rang où elle le devrait. Une situation qui dépend beaucoup des hommes et de leur conception du métier. Et selon le directeur de soins du C.H.U. « l'expérience n'est pas évidente pour les jeunes, qui appréhendent leur prise de poste et l'état d'esprit de l'établissement dans lequel ils arrivent ». La décision du Conseil d'Etat de reconnaître les directeurs de soins a certainement, « calmé les esprits » mais « avez-vous déjà vu un texte changer les mentalités ? ». Les directeurs de soins ne sont pas entièrement satisfaits du décret du 19 avril 2002 mais le texte représente tout de même une avancée. Il offre en effet une certaine reconnaissance du métier, notamment sur le plan financier avec la revalorisation de la grille indiciaire accordée. Le texte apporte également « un gain en terme d'accès à la profession par l'ensemble des paramédicaux ». Il représente donc une opportunité d'évolution de carrière motivante pour toutes les professions paramédicales.

Sur l'aspect fonctionnel, poursuit-il, l'évolution est moins significatif ; le texte offre une ouverture à la qualité et à la gestion des risques et conforte le rôle des directeurs de soins

dans les instances de l'établissement. " La direction des soins est représentée partout où on la sollicite ", insiste le directeur des soins, rappelant ainsi son positionnement au sein :

- du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN),
- du Comité de lutte contre la douleur (CLUD),
- du Comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN),
- du Comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT),
- de la commission médicale d'établissement (CME),
- du Comité technique d'établissement (CTE),
- et des différents groupes de travail qui se mettent en place au sein de l'hôpital.

Les directeurs de soins se considèrent avant tout comme des « stratèges » ayant une vision globale de l'établissement. Ils interviennent sur deux champs qui situent toutes les actions dans une logique institutionnelle : un rôle pédagogique et de conseil « pour expliquer la stratégie de mise en place des réformes et des projets, donner du sens et de la compréhension », et un rôle de « transmission des informations descendantes et ascendante ». Le positionnement du directeur des soins apparaît bien comme celui d'un médiateur qui de l'avis de la majorité des acteurs interviewés fait converger différentes logiques.

La dimension stratégique de la fonction de directeur des soins apparaît bien dans les discours et notamment le mot stratégie cité de nombreuses fois.

Pour un directeur de soins, il doit privilégier un rôle de conseil auprès des pôles et une place de coordination entre les pôles.

Selon un médecin, le directeur des soins doit aider à la mise en œuvre des projets, notamment le projet de soins, et en assurer le suivi : « le projet de soins est une notion que les équipes ont perdu de vue. Il faut une réelle collaboration directeur de soins/médecins ».

Pour les directeurs, les directeurs des soins sont perçus comme des relais indispensables entre la direction et les pôles et, pour les médecins comme des conseillers sur le plan méthodologique et pédagogique.

2.3.3 Les modes de coordination entre les différents acteurs

L'affirmation importante de deux interlocuteurs dans l'institution : les cadres supérieurs de santé et les chefs de pôle. Les CSS ont conscience d'occuper une position stratégique tant aux côtés des chefs de pôle et des équipes que dans leurs rapports avec la direction.

Les chefs de pôle se trouvent impliqués dans la gestion du pôle dans toutes ses dimensions. Tous notent l'émergence de ce tandem chef de pôle/cadre supérieur de santé. Ils soulignent la nécessité de collaborer et de communiquer.

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

La mise en place des pôles a permis d'être plus en lien avec le parcours de soins. Pour les directeurs, les directeurs des soins sont des collaborateurs privilégiés qui ont un rôle de soutien des équipes d'encadrement, des compétences, une implication, une capacité d'analyse et une force de proposition. « Il doit avoir une capacité à sentir l'établissement ».

Les contrats de pôle ont permis aux directeurs de se rapprocher du terrain et d'être à l'écoute. Ils offrent un champ de coopération, entraînant un rapprochement des logiques. C'est un outil opérationnel de suivi des objectifs : CPOM, projet de soins et projet de pôle. Les limites des pôles pour un directeur, c'est la difficulté à mettre en place la délégation : « La délégation est possible, mais il faut garder le champ transversal et institutionnel ; exemple, la formation » ; « nous devons être dans l'association de la gestion ».

La répartition des tâches doit être une politique d'établissement : « il faut trouver un équilibre » ; « Les directions fonctionnelles et les règles institutionnelles ne peuvent être remise en cause pour éviter la balkanisation ».

Pour un directeur de soins, le conseil exécutif est le rassemblement des forces vives de l'hôpital (directeurs/médecins).

Le directeur des soins par sa présence au conseil exécutif, et demain au directoire permet de représenter les soignants.

Leur fonction a évolué au niveau fonctionnel et hiérarchique. Il collabore au niveau recrutement avec le directeur des ressources humaines et au niveau du fonctionnement des activités soignantes avec le directeur général.

2.3.4 La délégation de gestion au sein des pôles

Pour le CHS et l'établissement de santé public, les contrats de délégation sont partiels. Elle concerne la gestion de budget des activités thérapeutique, de la formation

continue et des formations ponctuelles et le recrutement se fait au niveau des pôles en lien avec la direction des ressources humaines.

Pour les cadres supérieurs de santé, une charge de travail plus importante, du fait d'une délégation du chef de pôle sur des missions de gestion de pôle. Ils sont plus impliqués dans la vie institutionnelle. Ils ont des missions transversales associées portant sur la formation initiale, la formation des faisant fonctions de cadres de santé, sur la qualité, ...

La collaboration avec le directeur des soins passe par :

- Un étayage et des conseils,
- Une réflexion sur les échanges d'expérience et d'idée,
- La conduite de mini-audits sur les pôles,
- Une force de proposition,
- Un apport d'outils méthodologiques.

L'impact de l'organisation polaire sur le projet de soins permet de redonner du sens à la coordination des soins.

Pour les cadres assistants, une délégation de gestion totale sur le pôle risquerait la perte de solidarité inter-pôles.

Le contrat de pôle a permis de structurer l'organisation du pôle et de rendre des comptes sur l'activité.

Pour les praticiens hospitaliers responsables de pôle, la notion de contractualisation a permis de redynamiser l'organisation des soins, de développer un travail pluridisciplinaire. Le lien avec le directeur des soins est de proximité en particulier dans les affectations des soignants.

La collaboration avec les cadres supérieurs de santé assistants de pôle est proche, avec une délégation sur les tâches de gestion du pôle. « C'est un acteur « pivot » du dispositif ». Il assure une présence permanente sur le pôle, création d'un sentiment d'appartenance polaire. C'est la fonction qui a le plus évolué.

« Nos relations sont de confiance, avec la mise en commun des domaines réservés ».

Pour les directeurs des soins, l'effet de la T2A, de l'EPRD ont un impact sur la prise en charge des patients, avec un objectif d'efficacité et de rentabilité.

Pour une directrice des soins, l'organisation polaire est pertinente sur les établissements de santé de taille importante, comme un C.H.U. Pour les établissements de taille moyenne, il y a un risque de balkanisation ou de compétition entre pôles.

Le conseil exécutif a permis l'implication du corps médical dans la bonne marche de l'établissement. Le lien avec le président de la C.M.E. est de proximité. « il y a une collaboration forte ». Par compte, le lien avec le directeur général : « Ce n'est pas un collaborateur, mais un patron ». « Je sers d'expert auprès du directeur, lui permettant la prise de décision ».

Avec les cadres supérieurs de santé assistants de pôle, c'est une collaboration dont la nouvelle gouvernance a changé les liens. « On est passé d'une relation hiérarchique à une relation de conseil et d'apport méthodologique ».

Il y a un cadrage avec la mise en place du contrat de pôle qui pose la conduite de travail avec les cadres assistants. « La gestion des pôles se fait par une prescription de l'institution, et la politique de soins se fait par une prescription de la direction des soins ». « Le directeur des soins doit donner du sens à un niveau institutionnel, car le risque est de perdre le sens commun de l'institution ».

L'approche de la délégation de gestion au sein des pôles est essentielle.

3 Préconisation a mettre en œuvre par le directeur de soins

Au terme de l'étude réalisée, et après analyse des données recueillies, cette synthèse permet de reprendre les éléments de la problématique et d'envisager des axes à mettre en œuvre par le directeur des soins.

L'évaluation du fonctionnement polaire a permis un décloisonnement des activités et des pratiques, mais avec :

- Une frustration : une organisation encore entre deux eaux ;
- Un consensus : faire évoluer les règles de gouvernance en :
 - associant les pôles au management stratégique ;
 - repositionnant les missions et précisant les délégations ;
 - évitant un dispositif monolithique.

3.1 Un rôle modifié et des pouvoirs redistribués

La déconcentration de la gestion et des responsabilités entraîne une modification des rapports hiérarchiques au profit d'un fonctionnement plus transversal et un changement dans le rôle des cadres supérieurs assistants de pôle sur leurs fonctionnements hiérarchiques, leurs expertises soignantes et sur le management des équipes cadres de santé. Les cadres supérieurs de santé ont un rôle important auprès des médecins chefs de pôles. Ils sont aussi l'indispensable relais entre les équipes et la direction des soins.

Le rôle des directeurs des soins se trouvent modifié de façon importante et ce ne peut plus être leur seul statut hiérarchique qui leur confère leur autorité et leur légitimité. La place qu'ils occupent, dans les établissements considérés, les conduit à exercer un rôle de coordination entre les pôles. Pour les directeurs et les médecins, ils sont des collaborateurs pour aider à maintenir le cap défini dans la politique de l'établissement. L'expertise technique du directeur des soins lui confère, aux côtés du directeur des ressources humaines, une place importante dans la gestion prévisionnelle des compétences des professionnels du soin.

La déconcentration suppose une implication des professionnels dans la gestion ; or, il peut exister, dans ce domaine, des freins liés aux compétences disponibles puisqu'il est souvent dit par les directeurs et les médecins que « les médecins sont avant tout formés pour faire de la médecine ». Les cadres, quant à eux, ont une part des compétences requises mais la somme des compétences individuelles ne suffit pas à constituer la compétence collective qui dépend largement de la qualité des interactions entre les compétences des individus.

D'autre part, les cadres supérieurs ont besoin de soutien pour optimiser leurs compétences et il s'avère qu'ils ne disposent pas forcément de la légitimité pour prendre part aux décisions. La gestion de proximité est de rendre le système hospitalier plus flexible et plus réactif. L'enjeu est important et la réussite du dispositif, au-delà du changement culturel qu'il entraîne, est en partie liée à l'articulation qui pourra être trouvée entre les relations hiérarchiques traditionnelles et des relations contractuelles basées sur la délégation et sur l'autonomie des acteurs de pôle.

3.2 Perspectives et facteurs de progrès

L'évolution générale de l'établissement, avec la mise en place de la contractualisation interne et des délégations de gestion au niveau des pôles s'oriente vers un fonctionnement où sont présentes d'un côté des directions ayant une vocation de pilotage et de gestionnaire d'activités ou de domaines transversaux, et de l'autre côté, des directions en charge de conduire des projets et d'assurer l'interface avec les pôles, va permettre une réorganisation de la direction des soins.

La politique de soins définie par le directeur des soins n'a de sens que si elle est partagée par l'ensemble des acteurs qui ont pour mission de l'appliquer au sein des services de soins. C'est par leur intermédiaire que cette politique va se concrétiser au travers d'actions multiples. Ainsi le directeur des soins, relayé par l'équipe de cadres supérieurs de santé doit, pour susciter l'adhésion et l'engagement de tous les acteurs, impulser une véritable dynamique. Pour ce faire, il s'appuiera sur le projet de soins, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et une animation d'équipe avérée.

Le projet de soins doit s'élaborer selon une méthodologie précise qui prévoit une étape de consultation des acteurs médicaux et paramédicaux de l'hôpital en favorisant une démarche participative qui doit aboutir à la constitution de groupes de travail pilotés par les cadres assistants de pôles ou des soignants experts dans les domaines traités, réfléchissant sur les différentes orientations définies. La cohérence du projet de soins repose sur une uniformisation des outils de prise en charge du patient comme le dossier de soins qui doit néanmoins tenir compte des spécificités des activités de chaque pôle et dont le contenu doit être évalué en confrontant sans cesse les résultats obtenus aux différents référentiels utilisés pour son élaboration de façon à pouvoir réajuster si nécessaire.

L'orientation proposée d'une direction des soins est structurée autour de deux processus généraux et transversaux que sont :

- D'une part la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) combinée à la gestion des ressources humaines (GRH),

- D'autre part, l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins, combinée à la valorisation de l'activité soignante.

Ces deux processus généraux et transversaux permettent d'aborder l'ensemble des domaines relatifs à l'organisation des soins.

Le processus GPMC a vocation à se centrer sur la gestion des compétences, des emplois et des personnes présentes dans les équipes soignantes.

Le processus « Qualité et Sécurité des Soins – Gestion des Risques – Activité Soignante » reprend en transversal l'ensemble des problématiques liées à la gestion de la qualité et la sécurité des soins, la gestion des risques liées aux soins et à l'environnement, ainsi que l'analyse qualitative et quantitative de l'activité paramédicale, dans la perspective de pilotage et d'affectation des ressources en fonctions des objectifs d'activité et des projets proposés par les pôles. Ces deux processus pourraient être gérés par la direction des soins et des cadres assistants de pôle. L'organisation ainsi définie positionne la direction des soins comme une entité reposant sur un binôme directeur des soins – cadre assistant de pôle, s'écartant de ce fait du schéma classique pyramidal. Le projet de soins doit être appréhendé, avant tout, comme un outil au service d'une politique. Par une réflexion et un travail en étroite collaboration avec l'encadrement, le directeur des soins doit formaliser un projet qui intègre les stratégies médicales et s'attache à développer une approche transversale qui tienne également compte de l'organisation en pôle d'activité.

Dans tout projet, l'évaluation constitue une étape essentielle. Cela implique de définir, dès sa conception, la politique d'évaluation et la manière dont sont restitués les résultats. Cette évaluation doit être réfléchie en amont afin que les professionnels sachent à l'avance ce qui est attendu. La Commission de Soins Infirmier de Rééducation et Médico-Technique pourrait-être le groupe de pilotage de ce projet de soins afin d'en assurer sa réalisation et son évaluation. Le projet de soins doit être, avant tout, un document opérationnel, lisible et exploitable par l'ensemble des équipes soignantes. Prenant appui sur un socle de valeurs universelles centrées sur l'Homme, le projet de soins se donne l'ambition de devenir le « carnet de route » de tous les soignants, avec l'objectif central de répondre aux besoins du patient, dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Ce document doit permettre aux équipes soignantes d'en faire référence pour l'élaboration des projets de pôle.

3.3 L'accompagnement des cadres supérieurs assistants

La réforme de la gouvernance prévoit une nouvelle organisation hospitalière. La structuration interne par pôle d'activité médicale et médico-technique s'inscrit dans une logique de délégation de gestion et de rapprochement de la décision au plus près du terrain.

Un nouveau mode de management va se mettre en place, l'ensemble de l'encadrement va être concerné. Les fonctions de directeur des soins se voient modifiées. Moins interventionniste sur le terrain, il va centrer son action sur les fonctions d'expertise et de coordination afin de garantir la cohésion de la politique et de l'organisation des soins au sein des établissements et d'éviter l'effet « balkanisation » ceci en :

- Accompagnant la déclinaison des axes du projet de soins au sein des pôles en cohérence avec le projet d'établissement ;
- Maintenant le lien entre les pôles et les directions, faisant valoir un souci constant de développer une politique de qualité de soins ;
- Renforçant et développant le partenariat avec les directions fonctionnelles (DRH – Qualité – Finances – Logistique et matérielle) ;
- S'impliquant dans le processus de décision stratégique au sein du conseil exécutif.

L'organisation en pôles aura un impact sur la fonction de cadre assistant de pôle, il devra intégrer des savoir-faire plus politiques ou stratégiques qu'actuellement. Il sera plus autonome et plus responsable. Il aura un rôle important dans la gestion de ressources humaines du pôle en matière de recrutement, d'affectation, d'accompagnement des plans de formation, de gestion des conflits.

Son rôle sera de coordonner les soins ou les activités au niveau du pôle :

- Organisation globale des activités,
- Encadrement et animation de l'équipe de cadre de santé,
- Optimisation du séjour des patients dans le respect des contraintes de sécurité, de qualité, d'éthique,
- Traduction du projet d'établissement et de pôle au niveau des équipes et définition des plans d'action,
- Evaluation des pratiques professionnelles.

Le cadre assistant de pôle s'éloigne de sa fonction typiquement soignante et endosse de plus en plus souvent des responsabilités de type administratif et économique (analyse de gestion financière). Il devra être un conseil avisé avec le cadre administratif auprès du responsable médical de pôle.

Le directeur des soins doit avec leur collaboration réaliser un profil de poste de cadre santé assistant de pôle qui mette l'accent sur la spécificité de l'exercice dans un pôle donné et qui délimite les contours de leur rôle. Ce travail sera pour lui l'occasion de clarifier et de préciser la zone d'autonomie des CSS et de cibler leurs champs de collaboration, en prenant soin de leur rappeler que l'autonomie ne dédouane pas de rendre compte. Ce travail participe aussi à la construction des règles nouvelles, permet une réflexion commune au service d'un agir pertinent et coordonné, assure la formalisation et la traçabilité des attendus et facilite le positionnement des CSS.

Afin de répondre aux exigences de leur poste, ils expriment le besoins de formation et de professionnalisation. Un rôle primordial au directeur des soins pour encadrer, coacher les CSS et les accompagner pour qu'ils acquièrent ces compétences. Le DS doit développer une réelle communication avec ces derniers. Il faut qu'il sache valoriser les initiatives à leur juste valeur, qu'il motive les CSS, qu'il les considère comme de véritables collaborateurs. Il doit toujours se soucier de la cohérence entre les attendus institutionnels et les capacités des agents. Il doit encourager l'autonomie des CSS, tout en restant garant d'une logique institutionnelle d'ensemble. Il faut qu'il leur donne les moyens de décider avec une prise en compte globale des situations. Les rapports hiérarchiques se modifient, il faut davantage qu'il investisse l'aspect fonctionnel dans ses relations avec ses collaborateurs, dans une fonction de conseil notamment. Développer la confiance, communiquer, écouter, informer, créer du lien, favoriser la circulation de l'information sont des préalables et des corollaires à sa démarche.

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

3.4 Améliorer les règles de fonctionnement entre les différents pôles d'activités et les différents professionnels de santé

Une coordination et une coopération satisfaisantes et adéquates entre professionnels de santé aux fonctions différentes améliorent la prise en charge des patients dans leur trajectoire de soins et la satisfaction des personnels.

Pourtant, dans la réalité, nous observons des logiques peu synergiques, des « accords de façade » ou, plus souvent, une juxtaposition de tâches.

Devant l'accroissement des interactions fonctionnelles entre les fonctions et entre les structures, les soignants ont à travailler sur ce qui fonde une relation de complémentarité, à accepter l'interdépendance et à développer une organisation et un outillage performants pour assumer une mission de soins partagée.

La réflexion pluridisciplinaire est indispensable à la qualité des soins. On ne peut pas progresser dans l'organisation des soins sans préciser et reconnaître le rôle de chacun et ce, à partir des besoins et des attentes de la population. L'organisation des soins dans les unités ne relève pas uniquement des médecins, des infirmiers, elle concerne tous les partenaires professionnels dans le but d'une prise en charge optimale des patients : c'est sortir « du centrisme métier » pour développer la coopération professionnelle dans une relation fonctionnelle plutôt que hiérarchique.

Coopérer, c'est développer une approche transversale, c'est-à-dire faire travailler ensemble des métiers différents, d'associer leurs compétences, d'orienter leurs efforts dans un but commun : le patient, et non dans le seul intérêt du métier ou de la personne.

Le rendement d'une organisation dépend de la capacité de l'ensemble des personnels qu'elle constitue à coordonner ses activités de façon rationnelle. Cette capacité dépend des développements techniques, mais aussi et surtout de la façon dont les hommes sont capables de jouer entre eux le jeu de la coopération.

Il est important de réfléchir sur le sens de l'action collective et de ses finalités.

Conclusion

La nouvelle gouvernance, en annonçant la possibilité de développer des contrats internes entre les pôles d'activité et conseil d'administration, et en posant le principe de l'intéressement individuel et collectif illustre clairement la prééminence et l'actualité de cette réflexion sur les modes de gestion de l'hôpital public.

La délégation de gestion, comme la complémentarité inter-hospitalière, a suscité l'émergence d'instruments juridiques sans lesquels elle ne pouvait prendre corps, mais les établissements n'ont pas toujours su mettre à profit les libertés qui leur ont été reconnues.

Il y a fort à parier que ni les uns ni les autres ne peuvent réussir l'hôpital de demain sans une profonde remise en cause des modes de gestion, des relations et des répartitions de tâches dans une organisation dont la complexité et l'imprévisibilité croissent constamment.

Les modalités concrètes de la contractualisation interne sont en passe d'évoluer sensiblement alors même que le dispositif actuel n'a été exploité que par une petite partie des établissements.

Reconnue comme une nouvelle priorité, elle devrait prochainement bénéficier des assouplissements attendus. Elle ne saurait pour autant être dissociée de l'évolution des cultures et des mentalités.

La gestion du changement, gage de modernisation et de maîtrise budgétaire, nécessite un changement de la gestion.

Le Directeur des soins, de par sa position a donc une mission : celle d'être garant de la qualité de prise en charge des patients, en assurant aux personnels des conditions de travail acceptables tout en se positionnant en tant que gestionnaire conscient des missions du Service Public Hospitalier. C'est bien l'atteinte d'un juste équilibre entre ces multiples éléments qui constitue l'enjeu majeur du Directeur des soins.

De prescripteurs de travail, le directeur des soins est devenu un acteur du lien et des fédérateurs. Les acteurs de terrain s'organisent et se mettent d'accord sur leurs objectifs qu'ils vont contractualiser avec la Direction.

Le DS est là pour leur faciliter l'accès à l'autonomie et leur apporter une expertise et un soutien.

Le DS est le gardien des grands équilibres et des valeurs universelles qui soutendent l'action. Il s'agit pour la direction des soins, de garder un regard vigilant sur le risque de dérive qui peut être généré par une approche purement économique de la santé.

« Sa fonction de prise de décision, le conseil exécutif deviendra un « directoire » à la composition resserrée présidé par le directeur et vice-présidé par le président de la

CME et où le directeur de soins sera présent au même titre que les médecins « responsables du management de l'activité clinique, ...objet même de l'hôpital²⁷ ».

Nos établissements ont le devoir d'être performants et d'assurer le meilleur soin au meilleur coût, car il en va des grands équilibres de la collectivité.

Il nous appartient de rendre compatibles ces différents objectifs, de permettre aux soignants de délivrer des soins de qualité dans un environnement soucieux de préserver les ressources de la nation.

Plus que jamais, les valeurs d'humanité sont à préserver. Encore une fois, il n'y a pas d'incompatibilité entre les objectifs pour peu que l'on rappelle à chaque fois que c'est le patient qui est au centre de notre action.

Le directeur des soins intervient à de multiples niveaux. Membre du Conseil exécutif, il fait entendre la voix des soignants au plus haut niveau stratégique. Cette voix est également relayée en équipe de direction et dans toutes les autres instances de l'établissement.

Au niveau du pôle d'activité, le cadre supérieur de santé qui assiste le praticien responsable, met en œuvre le projet de soins défini au niveau de l'institution et participe pleinement aux décisions et au suivi du contrat et du projet de pôle.

Et pour finir nous citerons bien Michel CROZIER : « Ce sont les hommes qui résolvent les problèmes, pas les institutions »²⁸.

²⁷ PLANE, J.M. Management des organisations, p. 76-77

²⁸ *L'Acteur et le système* (en collaboration avec Erhard Friedberg), Paris, Le Seuil, 1977

Bibliographie

Textes législatifs :

Circulaire DHOS/E1 n° 61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

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

Décret n° 2005-444 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique

Ordonnances du 2 mai et 1 septembre 2005 /Plan hôpital 2007, la réforme de la gouvernance hospitalière.

Décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale, et le code de l'action sociale et des familles.

Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.

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

Article 4, 4°, du décret

Rapports :

Assemblée nationale, Rapport d'information n°714 précité, proposition n°7, p. 34

Rapport Projet Hôpital 2007 : Mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale », Denis Debrosse, Antoine Perrin, Guy Vallancien, 3 avril 2003, p. 28

DHOS, Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière, juillet 2006, p. 83

Documents ministère de la santé :

Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

Articles de soins

Swandra, P. (janvier 2005). « *La gouvernance : concept ou méthode ?* », Revue Objectif Soins 132. P 8 –10 ;

Cadet, D. Coathalem, D. San Jullian, M. (mars 2005). « *La place du cadre supérieur de santé au sein du service de soins* ». Revue Objectif Soins n°134. P II –VII.

Tahir, K. Van de Velde, N. (octobre 2005). « Réformes hospitalières, quel avenir pour l'encadrement infirmier ? » Revue Soins n° 699.

Montagnon, M. (novembre 2005). « Pour une légitimité d'une direction des soins ». Revue Objectif Soins n°140. P II –VI.

BJPH - juin 2006, n° 89 p. 10.

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

Ouvrages :

Budet.J.M. « Les clés de la gouvernance hospitalière », Gestion hospitalières, novembre 2003, n°430, cahier 181, pp. 708-731

CREMADEZ M. Les clés de l'évolution du monde hospitalier. Les cahiers de Gestions Hospitalières, n°59 – Mai 1987 p. 285-306

MINTZBERG H., Le pouvoir dans les organisations. Paris : Editions d'Organisation, 1986. P. 679

CLEMENT J.M. « les pouvoirs à l'hôpital » 2^{ème} Ed. – Berger Levrault 1995, p ? 191 Coll. Les cahiers hospitaliers p. 25

PETIT F. et DUBOIS M. Introduction à la psychosociologie des organisations. Ed. Dunod 1998

SEGADE J.P. « le contrat interne, instrument de management – un défi et une révolution culturelle », RHF n°486 mai-juin 2002 p. 28

EXPERT P. Y a-t-il une vie après la contractualisation interne ? Gestion hospitalière Novembre 2002, cahier 172, p. 742-745

CROZIER M. (en collaboration avec Erhard Friedberg) *L'Acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 1977

CLERY M. O., Délégation de gestion et contractualisation interne, les études hospitalières Edition 2003

NORBERT Alter, Sociologie de l'innovation, PUF, 1996

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien à destination des directeurs d'établissement.

Annexe 2 : Grille d'entretien à destination des médecins.

Annexe 3 : Grille d'entretien à destination des cadres supérieurs de santé assistants de pôle et des directeurs des soins

Annexe 1

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF DIRECTEUR D'HÔPITAUX

Thème 1 : Les pôles d'activité médicale

1. Quelle est votre définition du Projet de Soins ?
2. Quelles sont selon-vous les articulations possibles entre projet de soins et projets de pôle ?

Thème 2 : Les enjeux pour la Direction des Soins

3. Quels sont les enjeux aujourd'hui d'une Direction des Soins ?
4. Pourquoi ?

Thème 3 : La coordination

5. Quels sont les modes de coordination utiles entre Pôles et Direction des Soins ?
6. Quelles sont les raisons qui justifient ces options ?

Thème 4 : Le management

7. Quel est l'impact d'une organisation par pôle sur le management du Directeur des Soins ?
8. Comment percevez-vous les relations entre les Cadres de Pôles et le Directeur des Soins ?
9. Qu'attendez-vous aujourd'hui d'un Directeur des Soins ?

Thème 5 : Conseils

10. Quels conseils donneriez-vous aujourd'hui à un futur Directeur des Soins ?

Annexe 2

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

MEDECINS DE PÔLE

Thème 1 : Les pôles d'activité médicale

1. Quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients de l'organisation par pôle ?
2. Comment s'est fait le choix des cadres de pôles ?
3. Existe-t-il des projets de pôles ?
4. Si oui, impactent-ils le projet de soins ?
5. Quel est l'impact de l'organisation polaire sur le projet de soins ?

Thème 2 : Les enjeux pour la Direction des Soins

6. Quels sont selon vous, les enjeux aujourd'hui de cette nouvelle organisation par pôles d'activité médicale, pour le Directeur des Soins ?
7. Pourquoi et comment y répondre ?

Thème 3 : La coordination

8. Quels sont les modes de coordination qui existent entre Pôles et Direction des Soins ?
9. Existait-il d'autres options possibles ?
10. Quelles sont les raisons qui justifient ces options retenues ?
11. Quelles sont les avantages et inconvénients des options retenues ?

Thème 4 : Le management

12. Selon vous, quels sont les changements notables en termes de relations entre les cadres de pôle et le Directeur des Soins (avant et après les pôles ?
13. Comment expliquez-vous ces changements ?
14. Quelles sont les modalités de management du projet de soins ?
15. Existe-t-il des différences dans le management du projet de soins, avant et après les pôles ?
16. Pourriez-vous me préciser la participation des cadres de pôle au projet de soins (modalité de préparation, suivi et évaluation ?

Thème 5 : Conseils

Quels conseils donneriez-vous aujourd'hui à un futur Directeur des Soins

Annexe 3

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF DIRECTEURS DES SOINS – CADRES DE PÔLES

Thème 1 : Les pôles d'activité médicale

1. Comment s'est fait le choix des cadres de pôles ?
2. Existe-t-il des projets de pôles ?
3. Si oui, impactent-ils le projet de soins ?
4. Quel est l'impact de l'organisation polaire sur le projet de soins ?

Thème 2 : Les enjeux pour la Direction des Soins

5. Quels sont selon vous, les enjeux aujourd'hui de cette nouvelle organisation par pôles d'activité médicale, pour le Directeur des Soins ?
6. Pourquoi et comment y répondre ?

Thème 3 : La coordination

7. Quels sont les modes de coordination qui existent entre Pôles et Direction des Soins ?
8. Existait-il d'autres options possibles ?
9. Quelles sont les raisons qui justifient ces options retenues ?
10. Quelles sont les avantages et inconvénients des options retenues ?

Thème 4 : Le management

1. Selon vous, quels sont les changements notables en termes de relations entre les cadres de pôle et le Directeur des Soins (avant et après les pôles ?
2. Comment expliquez-vous ces changements ?
3. Quelles sont les modalités de management du projet de soins ?
4. Existe-t-il des différences dans le management du projet de soins, avant et après les pôles ?
5. Pourriez-vous me préciser la participation des cadres de pôle au projet de soins (modalité de préparation, suivi et évaluation ?

Thème 5 : Conseils

Quels conseils donneriez-vous aujourd'hui à un futur Directeur des Soins