



Master 2 Administration de la santé

Parcours :

**ANALYSE et MANAGEMENT des
ORGANISATIONS de SANTÉ
(AMOS-Rennes)**

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **août 2024**

**Les enjeux, défis et perspectives d'une
gouvernance hospitalière équilibrée**

Christel MUGNIER

A v e r t i s s e m e n t

Les mémoires des étudiants du Master 2 AMOS, sont des travaux réalisés au cours de la formation. Ils ne constituent donc pas nécessairement des modèles. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'EHESP.

Remerciements

Ce travail est le résultat de mon engagement envers le service public hospitalier au service du prendre soin. Je tiens à exprimer ma gratitude à tous les professionnels que j'ai eu l'occasion de rencontrer au cours de mes différentes prises de fonction et qui m'ont accompagné pour la réalisation de ce travail.

Je remercie mes proches sans qui rien de ceci n'aurait eu lieu.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction | 7 |
| 1 PREMIERS CONSTATS ET QUESTION DE DEPART | 9 |
| 2 PHASE EXPLORATOIRE | 13 |
| 2.1 La Gouvernance hospitalière, pour un enjeu stratégique de performance médico-économique | 13 |
| 2.1.1 La gouvernance hospitalière, un enjeu de service public..... | 14 |
| 2.1.2 L'histoire contemporaine de la gouvernance hospitalière marquée par une volonté de régulation et de contrôle..... | 15 |
| 2.2 Du travail prescrit au travail réel, une revendication de légitimité | 16 |
| 2.2.1 L'exercice de l'autorité et les rapports de pouvoir au sein des hôpitaux | 16 |
| 2.2.2 Entre autorité hiérarchique, autorité fonctionnelle et pouvoir d'influence, in fine qui décide ?..... | 18 |
| 2.2.3 La dysorganisation : une autre forme de pouvoir..... | 20 |
| 2.3 Une autorité paramédicale au service de l'excellence du soin, entre expertise clinique, dirigeance et gouvernance..... | 22 |
| 2.3.1 Une double expertise comme déterminant du sens de l'action | 23 |
| 2.3.2 Une assise statutaire, réglementaire et jurisprudentielle comme engagement de la responsabilité | 26 |
| 2.4 Entre collaboration et coopération, construire une gouvernance participative .. | 30 |
| 2.4.1 L'Hôpital magnétique ou « Magnet Hospital » créé par les infirmières au service de l'excellence du soin | 31 |
| 2.4.2 L'autonomie professionnelle, la démarche participative et le principe de subsidiarité gage d'attractivité | 33 |
| 3 PHASE DIAGNOSTIQUE..... | 36 |
| 3.1 Méthodologie de l'enquête | 36 |
| 3.1.1 Modèle d'étude et outils d'enquête | 36 |
| 3.1.2 Définition de la population et du corpus..... | 39 |
| 3.1.3 Lieux d'enquête..... | 40 |
| 3.1.4 Test de l'outil, déroulement, limites et réajustements de l'enquête | 41 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.2 | Le choix du modèle d'analyse | 42 |
| 3.3 | Analyse des résultats | 42 |
| 3.3.1 | Eléments politiques, stratégiques et managériaux | 45 |
| 3.3.2 | Les facteurs d'influence | 53 |
| 3.3.3 | Point de vigilance | 57 |
| 3.4 | Synthèse | 62 |
| 4 | PRECONISATIONS..... | 66 |
| 4.1 | Préconisation n°1 : La mise en place d'une gouvernance médico-économico-soignante partagée..... | 66 |
| 4.2 | Préconisation n°2 : Faire du projet managérial institutionnel un pacte de gouvernance porteur de la décision partagée..... | 67 |
| 4.3 | Préconisation n°3 : Faire de la CSIRMT une instance de gouvernance..... | 68 |
| 4.4 | Préconisation n°4 : La politique de soin et le projet de soin outils fédérateurs et stratégiques..... | 69 |
| 4.5 | Préconisation n°5 : Faire du patient partenaire un appui à la décision..... | 70 |
| 4.6 | Préconisation n°6 : le développement de l'expertise paramédicale | 71 |
| 4.7 | Préconisation n°7 : Développer un management participatif pour exercer un leadorat transformationnel propre aux hôpitaux magnétiques | 71 |
| 4.8 | Préconisation n°8 : Développer un management de proximité..... | 72 |
| | Conclusion..... | 72 |
| | Bibliographie..... | 75 |
| | Liste des annexes..... | I |

Le grand leader est celui qui relie toutes les forces externes complexes et toutes les forces internes pour qu'elles aillent dans le même sens.

Mary Parker Follett, « *Creative Experience* », Michigan, 1924

Liste des sigles utilisés

| | |
|---------|--|
| AFDS | Association Française des Directeurs des Soins |
| ANIG | Association Nationales des Infirmiers Généraux |
| ARH | Agence Régionale d'Hospitalisation |
| ARIQ | Attraction, Rétention, Implication des infirmières et Qualité des soins |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| CGS | Coordonnateur(rice) Général des Soins |
| CH | Centre Hospitalier |
| CHR | Centre Hospitalier Régional |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CLAN | Comité de Liaison Alimentation Nutrition |
| CLIN | Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales |
| CLUD | Comité de Lutte contre la Douleur |
| CME | Commission Médicale d'Etablissement |
| CMG | Commission Médicale de Groupement |
| CODIMS | Comité des Dispositifs Médicaux Stériles |
| COGERIS | Comité de Gestion des Risques |
| COM | Contrat d'Objectifs et de Moyens |
| COMED | Comité du Médicament |
| COTEM | Comité Technique Médical |
| CREX | Comité de Retour d'Expérience |
| CS | Cadre de Santé |
| CSIRMT | Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques |
| CSS | Cadre Supérieur de Santé |
| DG | Directeur(rice) Général |
| DGA | Directeur(rice) Général Adjoint |
| DH | Directeur(rice) d'Hôpital |
| DREES | Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques |
| DRH | Direction des Ressources Humaines |
| DS | Directeur(rice) des Soins |
| DSI | Direction des Soins Infirmiers |
| ES | Etablissement de Santé |
| FMIH | Fédération Médicale Inter Hospitalière |
| GHT | Groupement Hospitalier de Territoire |
| HPST | Loi Hôpital Patient Santé et Territoire |
| IADE | Infirmier(e) anesthésiste diplômé d'Etat |

| | |
|-------|--|
| IBODE | Infirmier(e) de bloc opératoire diplômé d'Etat |
| IDE | Infirmier(e) Diplômée d'Etat |
| IG | Infirmier(e) Général(e) |
| IPA | Infirmier(e) de Pratique Avancée |
| IPDE | Infirmier(e) Puéricultrice Diplômée d'Etat |
| LMMS | Loi de Modernisation de notre Système de Santé |
| LMSS | Loi de Modernisation de notre Système de Santé |
| MERM | Manipulateur en radiologie médicale |
| NPM | New Public Management |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONDAM | Objectif National des dépenses d'Assurance Maladie |
| PCME | Président(e) de la Commission Médicale d'établissement |
| PE | Projet d'établissement |
| PMP | Projet Médical Partagé |
| PMSI | Programme de Médicalisation du Système d'Information |
| PMSP | Projet médico-soignant partagé |
| QVCT | Qualité de Vie et Conditions de Travail |
| QVT | Qualité de Vie au Travail |
| RI | Règlement Intérieur |
| T2A | Tarifcation à l'Activité |

Introduction

La perte d'attractivité de l'exercice à l'hôpital public pour les soignants est une problématique majeure. Selon la Fédération hospitalière de France près de 15 000 infirmiers et aides-soignants auraient quittés leur emploi dans le secteur hospitalier entre 2020 et 2021. Ce manque inédit de soignants, illustré par 15 000 postes vacants d'infirmiers (1), cause la fermeture d'un lit sur cinq selon Jean-François Delfraissy, président du Conseil scientifique. Alors que l'hôpital public est confronté à une pénurie de soignants, le ministre de la Santé, Olivier Veran, déclare dans le même temps que près de 1.300 étudiants en soins infirmiers ont démissionné entre 2018 et 2021. En France l'âge moyen des infirmiers est de 45.7 ans, 64% exercent en milieu hospitalier et 86.6% sont des femmes. (2) Fin novembre 2022 un sondage de l'ordre national des infirmiers met en évidence que 29% des infirmiers envisagent de quitter leur métier sous 12 mois. La Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) publie une étude sur la santé mentale des personnels hospitaliers à l'été 2021 et la compare à celle de l'ensemble de la population en emploi. Le constat est éloquent, à l'hôpital 41% des professionnels de santé sont en dépression, 38% souffre d'anxiété et 25% déclare avoir besoin d'aide pour des difficultés psychologiques. (3) L'on sait que la première cause de souffrances au travail réside dans les conditions d'exercice de celui-ci.

Depuis 2003, plusieurs études et rapports mettent en évidence l'urgence de faire évoluer les projets managériaux des établissements de santé vers plus de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir d'agir des professionnels de proximité qu'ils soient médecins, soignants ou cadres hospitaliers. L'ensemble des acteurs du système de santé s'accorde sur la mise en œuvre d'une gouvernance participative équilibrée favorable à la responsabilisation des acteurs de terrain. Pourquoi équilibrée ? C'est à l'entrecroisement de l'exercice des quatre autorités (administrative, médicale, paramédicale et des usagers) s'exerçant au sein des établissements de santé et des territoires de santé que se joue la démarche participative, la démocratie managériale et sanitaire et la représentativité des acteurs.

L'enjeu de la transformation managériale des organisations de santé est de rendre les organisations de santé performantes, flexibles, réactives et attractives. Les objectifs sont de reconnaître l'engagement et de donner du sens aux actions, de maintenir la performance et de développer la confiance, de garantir l'accès à des soins de qualité, de soutenir la coordination et le partenariat dans la construction et le suivi des parcours de santé, de créer une dynamique et une croissance médico-économique propice à la conduite de projet et au développement des innovations en santé. Pour ce faire il faut de la compétence, de l'expertise, de la complémentarité et de l'autonomie, mais aussi des objectifs et des valeurs partagées, du sens à l'action, une identité professionnelle reconnue et valorisée, des

compétences développées, une organisation ad hoc.

Cependant depuis plusieurs années, de nombreuses innovations organisationnelles et managériales expérimentent la mise en œuvre d'un exercice déconcentré du pouvoir de décision et d'action par le déploiement du principe de subsidiarité au sein de la gouvernance hospitalière sans qu'aucune de ces expériences ne se normalisent, ni ne se formalisent et ne soient transférables ni généralisables en France. Ainsi ce sont des expérimentations marginales tels que le « cluster QVT » de la Clinique Pasteur de Toulouse qui s'est inspiré du modèle ARIQ (Attraction, Rétention, Implication des infirmières et Qualité des soins) et a favorisé un « empowerment paramédical » autour d'un projet social, le Centre hospitalier de Valenciennes a modélisé un « empowerment médical » en tentant de fusionner médecin et soignants sous une même entité, le Grand Hôpital de l'Est Francilien qui a construit une déconcentration de gestion avec des directeurs délégués de pôle dépositaire de la délégation de signature et un médecin nommé directeur général-adjoint, le Centre Hospitalier Henri Mondor d'Aurillac qui a supprimé les pôles pour redonner toutes ses prérogatives au service de soin...

Au niveau international plusieurs modèles d'hôpitaux attractifs se sont développés et labélisés pour certains. Tous ont pour objectif de répondre aux attentes de bien-être et de qualité de vie en leur sein, à la fois pour les personnes en soin et les professionnels, et de s'adapter à leur environnement dans le cadre du développement d'une politique de responsabilité sociale et sociétale. La gouvernance hospitalière constitue une priorité pour les pouvoirs publics et le législateur qui multiplie depuis 1996, les mesures visant à accompagner et faire évoluer les rôles des instances avec un double objectif affiché : rendre le système de santé efficient en développant les coopérations et les synergies entre les acteurs et les secteurs et renforcer la médicalisation de la gouvernance.

Dans ce travail, nous souhaitons examiner le modèle de gouvernance médicalisée, qui limite l'autorité des professionnels paramédicaux en les subordonnant davantage à l'autorité médicale. Ainsi face à un modèle de gouvernance médicalisée avec transfert de toutes les prérogatives du Directeur des Soins et de l'autorité hiérarchique des personnels paramédicaux vers les médecins chefs de pôle, nous supposons qu'il y a un impact défavorable sur l'empowerment des infirmiers, aides-soignants, professionnels médicotextiques et d'encadrement hospitalier et ainsi sur l'excellence du soin.

Nous nous sommes questionnés sur la contribution du directeur des soins, coordonnateur général des soins, comme garant de la culture soignante et de son expertise, du portage de la philosophie et de l'art du soin et représentant de la filière paramédicale au plus haut niveau de la gouvernance, in fine source d'équilibre de cette gouvernance au service du soin.

Après avoir exploré les éléments contextuels et conceptuels du sujet, nous avons réalisé une enquête qualitative, dont l'analyse nous a permis, dans le cadre d'une démarche professionnalisante, d'émettre des préconisations.

1 PREMIERS CONSTATS ET QUESTION DE DEPART

Depuis 2007 un modèle de gouvernance partagée médicalisé s'est développé dans un établissement de santé en France avec pour objectif de raccourcir le circuit de décision, limiter les jeux de pouvoir et d'acteurs délégués à la dynamique de projet et à la dynamique médico-économique. Cette innovation managériale s'érige comme un exemple d'hôpital attractif en « conceptualisant » l'empowerment médical. En effet l'établissement a misé sur l'autonomie managériale des médecins, moteurs des décisions. (4)

Elle se caractérise par la délégation de 95 % des prérogatives du chef d'établissement aux médecins chef de pôle en s'appuyant sur les outils juridiques de l'ordonnance de simplification du régime des établissements de santé du 2 mai 2005 et la loi dite Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009. Ces dernières permettent au chef d'établissement de définir le champ et l'étendue de la délégation faite aux chefs de pôle avec une distinction majeure de ce qui relève de la gestion opérationnelle du pôle, objet de la délégation, de ce qui concerne la stratégie ou la politique de l'entité, c'est-à-dire les règles institutionnelles qui s'imposent aux pôles dans leur fonctionnement. Ces règles relèvent par nature de la Direction générale et des directions fonctionnelles. Il est ainsi possible de déléguer toutes les décisions de gestion opérationnelle (recrutement, affectation des personnels, achats, investissements, travaux), dans leurs aspects hiérarchiques (le chef de pôle a autorité et responsabilité sur le personnel y compris médical dans le cadre des règles déontologiques) et financier (il n'y a pas de vraie délégation sans autonomie financière) dans le cadre de règles institutionnelles et générales.

Ainsi la majeure partie des fonctions administratives opérationnelles sont déléguées aux pôles, ce qui se concrétise directement par le droit de signature, la capacité d'engager jusqu'à 75 000 euros de dépenses en toute autonomie et de disposer de l'autorité hiérarchique de tout le personnel du pôle (recrutement, plan de formation et évaluation). On retrouve dans ce schéma la notion d'entité de production autonome, capable de fonctionner seule sans être obligée de solliciter en permanence les directions fonctionnelles. Ce centre hospitalier se positionne comme un établissement pionnier dans l'application ambitieuse et volontariste d'une politique de déconcentration dont l'ambition était le décloisonnement de l'hôpital et la responsabilisation des professionnels au plus près de l'action par l'application du principe de contractualisation et de subsidiarité.

Le projet managérial est allé jusqu'à créer de nouvelles instances de la gouvernance telles que la conférence des chefs de pôle, la commission stratégie et projets, une commission des systèmes d'information hospitalier et la cellule médico-économique pour permettre à cette gouvernance médicalisée de piloter la stratégie de l'établissement. Aucun acteur paramédical n'est membre de droit de ces instances de gouvernance. Pour ce faire, la disruption managériale a nécessité deux étapes : réduire le périmètre de deux autorités (paramédicale et usagers) au profit des autorités administratives et médicales ; redéfinir le périmètre d'action des directeurs fonctionnels pour répondre aux enjeux de déconcentration de la décision, vers l'accompagnement, le conseil et l'expertise, avec pour mission de soutenir et d'encourager les entités dans leurs actions et leurs projets plutôt que de les « contrer ».

L'objectif est de créer l'engagement des acteurs du soin aux enjeux de la performance économique, de leur donner les moyens de réaliser leurs projets en diminuant les strates hiérarchiques et fonctionnelles, estimées être une source de ralentissement, de confusion et de jeux de pouvoir délétères au collectif. Pour autant peut-on considérer que l'expertise médicale est en compétence pour évaluer en exclusivité les compétences paramédicales techniques, médicotéchniques, soignantes et managériales ? Cela répond-t-il à l'autonomisation, la capacitation et la reconnaissance des expertises soignantes, managériales et médicotéchniques. Sert-on par ce processus le collectif ? Cette organisation s'inscrit-elle dans la lignée des aménagements de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021, dite Loi RIST et des préconisations des rapports des missions Claris et Baille-Claris pour accélérer le virage vers une médicalisation accrue de la gouvernance des établissements de santé, une meilleure association des soignants à la vie de l'hôpital, une simplification des processus de fonctionnement, une plus grande liberté d'organisation des établissements et la réhabilitation du service de soins ? Cela suffit-il à rétablir la confiance entre tous les acteurs et notamment les usagers ? Quels sont les impacts sociaux de cette innovation organisationnelle ? Comment co existent les rationalités des différents personnels de santé dans cet établissement de santé dans ce contexte ?

Dans cet établissement, la direction des soins est positionnée en conseil et appui auprès du Directeur général, des Directeurs Adjoints et de la Présidence de la Commission Médicale d'Etablissement et non pas du personnel paramédical puisque ce dernier est placé sous l'autorité médicale. Elle se positionne sur une fonction d'expertise, d'accompagnement des pôles, de suivi et d'évaluation des pratiques soignantes et managériales paramédicales. Les missions qu'elle assure auprès des pôles peuvent relever de saisines du Directoire, de la Direction Générale, de la Présidence de la CME et des chefs de pôles ou par son auto-saisine qui doit rester exceptionnelle et s'exerçant alors dans le cadre de sa fonction de contrôle et passer par la validation du Directoire. La

direction des soins a rédigé sa délégation de gestion vers les pôles et l'on constate que toutes les prérogatives du directeur des soins sont déléguées aux pôles hormis la présidence de la CSIRMT, sa participation au directoire et la participation à l'élaboration de la politique des soins. Chaque pôle écrit son projet de soin, partie intégrante du contrat de pôle, élabore son projet qualité et sa politique de stage, anime, coordonne et assure la gestion opérationnelle des activités des cadres de santé via les cadres supérieurs de santé de pôle. Aucun élément de contrôle de la délégation n'est posé, ni la reprise de cette délégation en tout ou partie en cas de dysfonctionnement avéré. Le directeur des soins ne participe pas à la présentation du contrat de pôle ni au bilan. Il en est informé. C'est en participant activement à toutes les sous-commissions de la Commission Médicale d'Etablissement (Comité Qualité, COGERIS, Commission Parcours Patient, CLAN, CLIN, CLUD, COMED, COTEM, CODIMS, CREX médicament...) que la direction des soins s'assure de la bonne mise en œuvre au sein des pôles de la politique qualité, de la politique des soins et du projet des usagers. Ce qui s'applique c'est un management du « aller vers ».

Selon le concepteur du modèle, le rôle de la direction des soins devient beaucoup plus politique et stratégique, elle assure un suivi et une évaluation des pratiques, l'accompagnement, le contrôle et l'expertise auprès des pôles dans leurs missions mais son intervention reste consultative et jamais directe ». Elle ne dispose d'aucune délégation de signature hormis celles en lien avec les gardes administratives. Elle n'assure plus les propositions d'affectation des cadres et des personnels paramédicaux, ni leur évaluation. Il va donc être prépondérant pour le directeur des soins « de créer un lien de confiance avec les responsables du pôle et l'encadrement de proximité car il ne dispose plus du lien hiérarchique ni fonctionnel avec les personnels du pôle ; dès lors, le « pouvoir » qu'il peut y exercer découle du rapport d'influence qu'il aura réussi -ou pas- à créer. » (5) Il s'agira d'entrer dans un dialogue constant avec les pôles et d'établir des critères de cohérence et de cohésion des actions menées. Le modèle répond-il aux besoins des professionnels paramédicaux ? L'autorité et la légitimité du directeur des soins s'exerce sur trois niveaux que sont, le soutien notamment au travers de la présidence de la CSIRMT, l'animation et l'élaboration du projet de soin qui donne les orientations en matière de soins paramédicaux ; l'influence sur la qualité et la sécurité des soins mais aussi le développement de l'expertise paramédicale et le leadership reconnu et consulté au sein des comités, commissions, instances et saisines de l'institution. « Elle a la valeur de l'initié, de l'authentique, du témoignage, de la crédibilité. » (6)

Le modèle a dégagé une dynamique exceptionnelle, un soin d'excellence, une trésorerie excédentaire durant plusieurs années consécutives et permet un management par projet. Pour autant, quinze ans après sa mise en œuvre, le système présente des signes de faiblesse comme l'évaluation des organisations, par le constat de certains comportements

de commandement mis en cause dans leurs effets conflictuels et tensiogènes influant péjorativement sur les dynamiques au travail et les collaborations notamment en transversalité ; le budget de l'établissement présente une trajectoire en décroissance, l'inter polarité est mise à mal par des rapports fortement concurrentiels et clivant entraînant une « balkanisation » des pôles, une « quasi rupture » de certains cadres supérieurs de pôles dans le partenariat avec le directeur des soins ; de vraies difficultés à dégager du temps clinique pour les responsables médicaux des services et des pôles ; une difficulté certaine à impliquer de nouveaux médecins dans la gestion médico-économique de pôle et à en garantir la formation ; chaque pôle développe son organisation : de stage, d'accueil des nouveaux professionnels, de qualité de vie au travail, son choix de logiciel... pénalisant la coordination des parcours, une cohérence institutionnelle à la fois au sein de l'institution et sur son territoire ; une identification professionnelle au pôle et non plus à l'établissement ; des contrats de pôle ne contenant plus systématiquement un projet de soin, une absence d'évaluation des cadres supérieurs de pôles par les médecins chefs de pôle, une absence de retour au Directeur des Soins de l'évaluation de la délégation de gestion par les Cadres supérieurs et les chefs de pôle, une dégradation du raisonnement clinique et de la tenue du dossier de soin sont constatés (moins bonne codification des soins, non réalisation de la fiche de synthèse paramédicale, dégradation du raisonnement clinique...). A cela s'ajoute une difficulté d'attractivité et de fidélisation du personnel même si l'enquête de satisfaction réalisée à l'automne 2022 auprès de professionnels non médicaux met en exergue un taux de satisfaction élevé de 82% mais avec une faible participation des soignants (inférieure à 10%). En 2017 un audit des cadres de santé de proximité avait mis en évidence des difficultés concernant leur sentiment d'appartenance et de sécurité remettant en cause la hiérarchie médicale et « l'absence du directeur des soins dans leur quotidien ».

Pour tous ces motifs apparaît également la nécessité en intra pôle d'aller plus loin dans la décentralisation des responsabilités et de développer la démarche participative qui augmentera le pouvoir d'agir au plus petit niveau organisationnel de l'hôpital qu'est le service de soins. Comment le directeur des soins peut accompagner l'encadrement de pôle à construire un management participatif et déléguer une partie de son rôle à l'encadrement de proximité ? Au-delà de l'encadrement hiérarchique, apparaît la nécessité d'appartenance et d'identité soignante portée par un leader. Dans ce contexte comment le directeur de soins, coordonnateur général des soins, président de la CSIRMT représente la lignée managériale et garantit l'animation de l'équipe d'encadrement par la reconnaissance de la singularité des expertises ? De quels leviers du quotidien dispose-t-il pour être en appui, accompagner et soutenir les acteurs soignants de terrain ?

Les professionnels paramédicaux représentent en moyenne 75% de l'effectif d'un hôpital ce qui correspond aux trois quarts de l'effectif global et regroupe près de 200 métiers.

Les professionnels paramédicaux sont représentés au sein de plus de 30 professions différentes. La conduite de ces professionnels nécessite d'apporter du sens et de donner une dimension transversale institutionnelle avec une vision globale des objectifs à atteindre. Seules trois professions paramédicales disposent d'une institution ordinale et d'un code de déontologie : les infirmiers, les kinésithérapeutes et les pédicures/podologues.

Ainsi face à ce nouveau paradigme et aux enjeux qui sont en lien et aux nombreuses questions que nous avons soulevées préalablement, nous avons fait le choix de la question de départ suivante :

« En quoi les évolutions récentes de la gouvernance hospitalière, notamment dans sa médicalisation, amènent le Directeur des Soins à redéfinir ses stratégies managériales vis-à-vis des acteurs de la gouvernance mais également vis-à-vis de l'encadrement soignant et de la communauté paramédicale pour maintenir une identité professionnelle commune, un sentiment d'appartenance et une cohérence dans l'action de soin ? »

Quatre sous-questions se dégagent :

- 1) Dans ce contexte une politique de soins peut-elle suffire à soutenir l'expertise clinique et managériale des professionnels paramédicaux ?
- 2) De quelle manière s'assurer que les besoins et perspectives des patients soient intégrés de manière significative dans les processus décisionnels ?
- 3) En quoi l'exercice de la délégation de gestion au corps médical, nécessite pour l'encadrement soignant des repères transversaux à l'établissement ?
- 4) En quoi la notion de parcours nécessite un travail en partenariat, décloisonné où la décision est partagée ?

2 PHASE EXPLORATOIRE

Après avoir défini les termes de la question de recherche et les hypothèses proposées au regard d'une recherche bibliographique et d'éléments contextuels, nous allons les confronter et les enrichir d'éléments conceptuels que nous vous proposons au travers de plusieurs concepts dont la gouvernance, l'autorité et l'autonomie professionnelle.

2.1 La Gouvernance hospitalière, pour un enjeu stratégique de performance médico-économique

Afin d'éclairer notre démarche, il nous semble essentiel de rechercher les éléments de l'évolution de la gouvernance hospitalière en lien avec les enjeux contemporains qu'ils soient médico-économiques, identitaires et sociétaux.

2.1.1 La gouvernance hospitalière, un enjeu de service public

Le droit à la santé est un objectif constitutionnel, inscrit à l'alinéa 11 du préambule de la Constitution française de 1946 : « La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. » L'hôpital joue un rôle particulier en France, il est un facteur de cohésion sociale car il est accessible à tous et se situe ainsi au cœur du contrat social par la « promesse républicaine que chacun puisse accéder à des soins d'excellence. Il est la garantie de soins et de prises en charge pour l'ensemble de la population, sans discrimination d'aucune sorte, ni géographique ni financière. » (7)

La gouvernance hospitalière en France est confrontée à des enjeux majeurs liés à la problématique financière du système de santé. En 2022, la dépense courante de santé s'établissait à 313,6 milliards d'euro avec une consommation de soins hospitaliers (publics et privés) augmentant fortement en valeur pour la troisième année consécutive (+4,3 % en 2022 après +6,7 % en 2021 et +6,2 % en 2020) et imposant un mode de régulation sévère. Ce phénomène exerce une pression sans précédent sur les hôpitaux. La gouvernance désigne donc « l'ensemble des mesures, des règles et des organes de décision, d'information et de surveillance qui permettent d'assurer le bon fonctionnement et le contrôle d'une institution ou d'une organisation, avec pour objectifs de fournir une orientation stratégique, de gérer les risques et d'utiliser les ressources dans un esprit responsable. Elle a pour mission prioritaire de veiller au respect des ayants droit (citoyens, patients, partenaires, actionnaires...) et de faire que leur voix soit entendue dans la continuité des affaires. » (7) Cependant, la complexité du système de santé français, caractérisé par une multiplicité d'acteurs et de réglementations, rend la tâche des gestionnaires hospitaliers particulièrement ardue. Dans ce paysage complexe, la gouvernance hospitalière est également interconnectée avec les principes de démocratie sanitaire et les aspirations des professionnels de santé à être associés aux décisions qui les concernent. La démocratie sanitaire, qui encourage la participation active des citoyens aux processus décisionnels, souligne l'importance de l'inclusion et de la transparence dans les politiques hospitalières. D'autres part les professionnels de la santé réclament une plus grande autonomie pour exercer leur expertise et contribuer activement aux choix stratégiques des établissements de santé. Cette demande d'autonomie découle d'une volonté de rendre les décisions plus agiles et mieux adaptées aux besoins spécifiques des patients.

Ainsi, la gouvernance hospitalière se trouve à la croisée des chemins entre les impératifs budgétaires, la complexité du système, le changement de son paradigme (d'une médecine de la prévention prédominant sur la médecine curative), les exigences de la démocratie

sanitaire et de la médicalisation de sa gouvernance. Trouver un équilibre entre ces divers éléments constitue un défi crucial pour les établissements de santé, nécessitant une approche inclusive et collaborative qui intègre les perspectives, les besoins et les compétences des acteurs impliqués, dans le but d'assurer des soins de qualité tout en garantissant la viabilité financière du système de santé.

2.1.2 L'histoire contemporaine de la gouvernance hospitalière marquée par une volonté de régulation et de contrôle

a) Une centralisation étatique de la gouvernance hospitalière

La gouvernance hospitalière a traversé des étapes significatives au fil du temps, façonnées par des régulations, des contrôles et des réformes visant à améliorer l'efficacité et la gestion des établissements de santé publics et de son offre de soin. Jusqu'en 1941 l'hôpital était soumis à un double système de valeurs, avec une diversité de gestion selon les régions ; tantôt dans les villes par la laïcisation des établissements promouvant la formation d'un personnel soignant laïc pour accompagner la modernisation et la médicalisation des établissements tantôt dans les campagnes l'hôpital public est gouverné par les notables et souvent les congrégations. La loi de 1941 a introduit le rôle du directeur d'établissement de santé, nommé initialement par le préfet, marquant ainsi sa dépendance vis-à-vis du pouvoir étatique. Au fil des décennies, le directeur a vu ses pouvoirs s'accroître progressivement, couvrant des domaines tels que la nomination du personnel (en 1991 le législateur élargira son pouvoir hiérarchique au personnel médical mais dans la limite des compétences techniques de ce dernier et des règles déontologiques de leur profession), l'ordonnancement des recettes et des dépenses et la représentation légale de l'établissement.

Parallèlement, les pouvoirs publics ont cherché à réguler l'organisation hospitalière à travers des mécanismes tels que la planification sanitaire, le schéma d'organisation sanitaire et les autorisations, l'obligation d'analyse de l'activité et de son suivi par le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) accentuant la pression gestionnaire sur les hôpitaux. La gouvernance hospitalière a évolué avec l'introduction de réformes majeures. En 1991, le projet d'établissement a été instauré, suivi en 1996 de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) et en 2004 par la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A). Ces réformes ont été orientées vers une gestion plus efficiente des ressources et ont encouragé l'ouverture sur le territoire de santé, favorisant les coopérations public-public et public-privé. La logique gestionnaire et productiviste se concrétise par la mise en place du New Public Management caractérisée par le contrôle des coûts, la transparence financière, l'autonomie des sous-unités organisationnelles et la responsabilisation des acteurs.

b) Une déconcentration interne de la gestion par la création des pôles d'activités médicales

Un aspect clé de l'évolution de la gouvernance hospitalière a été l'introduction des pôles d'activités médicales par la loi n° 2009-879 Hôpital Patient Santé et Territoire du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Ce cadre de coopération implique une forte interpénétration organisationnelle des différents acteurs et visent à simplifier la gestion quotidienne en permettant une répartition rationnelle des tâches et du temps de travail entre les fonctions administratives et les soins. Cela a entraîné une redistribution du pouvoir et une modification des dynamiques de décision au sein des établissements hospitaliers. La notion de dimensionnement du pôle a son importance en termes de définition de sa masse critique (suffisante pour être doté d'autonomie et de responsabilité), mais également dans la détermination de la logique du regroupement des services et des alliances (filière ou organe – intérêts communs etc...). Elle doit contribuer à la déconcentration de la gestion car dirigés par des praticiens, des administratifs et des cadres soignants, engagés dans une démarche de simplification de la gestion quotidienne et d'assurer la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'établissement. Cependant, des défis subsistent, notamment en termes de délégations de gestion variables, de suivi inégal de la gestion des pôles, et d'une coordination insatisfaisante au sein des équipes.

On perçoit une réduction du champ de la gouvernance à deux principaux acteurs que sont l'autorité administrative et l'autorité médicale. Cette articulation s'est structurée sous une forme pyramidale dont le sommet est occupé par celui sur qui repose l'autorité finale. Cela se caractérise par l'organisation d'un système de statuts, ou de position dans l'institution fondée sur un principe hiérarchique qui précise les relations de subordination dans une chaîne de commandement ou sur un principe fonctionnel qui définit un domaine de juridiction.

2.2 Du travail prescrit au travail réel, une revendication de légitimité

Afin de mieux comprendre l'articulation actuelle de la gouvernance médicalisée qui peut être déployée dans certains établissements de santé publics, nous souhaitons aborder les différentes relations de pouvoir qui se conditionnent au sein des hôpitaux au travers notamment des notions d'autorité hiérarchique, fonctionnelle et de pouvoir d'influence à tous les niveaux de l'exercice professionnel.

2.2.1 L'exercice de l'autorité et les rapports de pouvoir au sein des hôpitaux

a) Une gouvernance organisée autour d'une fonction de contrôle

Outre le fait que la hiérarchie puisse être conçue et perçue, comme un système inégalitaire de distribution des tâches, des moyens et des « honneurs », il est essentiel de s'intéresser à la manière dont les relations de pouvoir s'articulent, se confrontent et s'associent. Ainsi cette autorité prend plusieurs formes de relations de pouvoir observables à l'hôpital et qui s'identifie principalement à des relations d'encadrement pour lesquelles trois formes singulières se distinguent : la surveillance, la dirigeance et la gouvernance.

La surveillance implique le contrôle du quotidien de travail par l'encadrement sur des professionnels clairement identifiés. La dirigeance se réfère à la traduction technique du projet par des actes concrets, mettant l'accent sur le processus décisionnel pluriel et interactif. La gouvernance, moins visible pour les services, définit la politique et la stratégie de l'établissement et influence la culture de celui-ci, et implique des alliances avec des autorités extérieures. Cependant ces concepts ne suffisent pas à décrire entièrement les relations de pouvoir qui se joue à l'hôpital qui est un modèle de bureaucratie professionnelle.

b) L'hôpital est une bureaucratie professionnelle

Les médecins, les infirmiers et les aides-soignants entretiennent des relations complexes basées sur des expertises professionnelles plutôt que sur des positions institutionnelles. Il y a d'une part la relation de prescription, entre médecins et infirmiers qui définit une relation hiérarchisée entre professions indépendantes symbolisée par la prescription médicale qui dicte une partie de l'activité des paramédicaux. Ce sera à la hiérarchie soignante d'organiser concrètement la manière dont les infirmiers obéissent aux prescriptions médicales. L'autorité des médecins est donc théoriquement circonscrite. Dans la réalité, l'étendue de la subordination des infirmiers aux médecins est l'objet de négociations constantes. A cela s'ajoute les relations de délégation entre médecins et infirmiers, entre infirmiers et aides-soignants. L'examen des relations hiérarchiques dans les établissements de santé se heurte ainsi à la multiplicité des hiérarchies et à la complexité des modalités selon lesquelles ces hiérarchies opèrent.

Les récentes évolutions dans la gouvernance hospitalière, notamment dues aux changements démographiques professionnels, à l'émergence de nouveaux métiers tels que les infirmiers en pratique avancée ou les assistants médicaux, ont modifié les relations de pouvoir de manière différenciée introduisant une logique de contractualisation, se substituant progressivement à la légitimité traditionnelle de la fonction et de la mission. Ces transformations ont été motivées par la volonté des politiques publiques d'hybrider ces relations de pouvoir dans une volonté de décloisonnement et d'accroissement de l'interdépendance des professions de santé entre elles.

Pour autant les jeux d'acteurs restent présents .Au sein de toute organisation, des incertitudes surgissent, créant des opportunités de pouvoir pour ceux qui peuvent les maîtriser. Ces incertitudes offrent aux individus la possibilité de participer activement à l'organisation de manière rationnelle et stratégique, en fonction des enjeux qu'ils perçoivent dans les situations auxquelles ils sont confrontés et au sein desquels ils se confortent.

2.2.2 Entre autorité hiérarchique, autorité fonctionnelle et pouvoir d'influence, in fine qui décide ?

Au sein de la fonction publique en France, il existe deux types d'autorités bien distincts : l'autorité hiérarchique et l'autorité fonctionnelle. Ces deux formes d'autorité jouent des rôles essentiels dans le fonctionnement des institutions publiques, où elles peuvent avoir un impact significatif sur la prise de décision et l'organisation du travail.

a) L'autorité hiérarchique

Le fondement du principe hiérarchique au sein de la fonction publique prend sa source dans l'autorité de l'Etat, représentant de l'intérêt général face aux intérêts particuliers : les fonctionnaires en tant qu'organes de l'Etat mettent en œuvre des prérogatives de puissance publique et sont ainsi en position de subordonné : « le bon fonctionnement de l'administration implique en effet que ses agents se conforment à l'intérêt général tel qu'il est défini par le pouvoir politique ». (8) Ce principe de subordination enjoint à des obligations de part et d'autre des acteurs et se décline sur des attendus précis notamment de la part du porteur de l'autorité hiérarchique et fonctionnelle. L'arrêté du 06 juin 2016 portant règlement général d'emploi de la police nationale décline précisément les responsabilités, obligations et devoirs auxquels engage l'autorité hiérarchique dans ses articles 111-2 à 111-8.

Le texte stipule que l'autorité hiérarchique implique non seulement la transmission d'ordres, mais aussi la mobilisation d'une équipe autour de projets et d'objectifs. Le respect de la déontologie est essentiel, et chaque responsable doit veiller à son application par son exemplarité, par la sûreté de son jugement, par une analyse pertinente des situations et en s'assurant, au cas par cas, de la proportionnalité des moyens employés. Elle implique la coordination, le contrôle des missions et la transmission des informations et des résultats aux autorités concernées. De plus, l'autorité hiérarchique joue un rôle crucial dans le suivi du projet professionnel de chaque subordonné, l'assurance de la formation professionnelle, du suivi médical et social des personnels. L'autorité hiérarchique veille à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous sa responsabilité. Elle détient le pouvoir disciplinaire, avec des prérogatives telles que l'instruction, l'annulation, la substitution et la réformation. (9) L'autorité crée un lien de subordination entre les acteurs, impliquant le

devoir d'obéissance hiérarchique, sauf en cas d'ordre manifestement illégal ou inapplicable. Enfin l'autorité hiérarchique exerce le pouvoir de nomination, d'avancement, de mutation et de sanction, elle est détenue dans un établissement de santé par le Directeur (chef d'établissement qui n'a pas forcément le statut de fonctionnaire).

Dans le cadre du fonctionnement habituel d'un établissement de santé le directeur assume l'organisation des services, l'autorité sur le personnel, il est garant de la police générale de l'établissement, du contrôle de la gestion comptable et de la continuité de la politique de l'établissement. Il peut déléguer, via la délégation des pouvoirs, son autorité pour certains actes, à ses adjoints, à des cadres et depuis la loi HPST à des chefs de pôles dans le cadre d'une autorité dite fonctionnelle. La délégation vient du latin « *délégiatio* » qui correspond à une procuration, un mandat pour agir à la place de quelqu'un. C'est un acte juridique. Traditionnellement, il existe deux formes de délégation que sont la délégation de pouvoir et la délégation de signature.

b) L'autorité fonctionnelle

A contrario l'autorité fonctionnelle s'est construite par défaut. Elle correspond au pouvoir dont sont investies certaines personnes à raison de la fonction qu'elles remplissent ou qu'elles exercent dans un cadre institutionnel déterminé, permettant le « bon fonctionnement », du pôle par exemple. Elle permet au chef de pôle d'encadrer et d'organiser le travail sur le terrain, de donner des avis sur les affectations et les fiches de poste. Elle s'inscrit dans le postulat que l'autorité hiérarchique portée par un seul professionnel ne peut être en maîtrise de toutes les situations, ni de toutes les expertises et connaissances nécessaires à la bonne prise de décision et à la bonne orientation des organisations. L'américain Frederick Taylor, spécialiste de l'organisation industrielle, propose l'adoption d'une organisation fonctionnelle au sein de laquelle chaque subordonné dépend de plusieurs chefs, chacun d'eux ayant une autorité limitée à sa spécialité et son expertise, nommée autorité fonctionnelle. Selon Taylor, l'ouvrier doit avoir autant de chefs spécialisés que l'on peut distinguer de fonctions différentes impliquées par son travail : un pour son rythme de fabrication, un pour ses outils, un pour ses affectations. Cela correspond effectivement à la division des tâches orchestrée dans les établissements de santé dû à l'hyperspécialisation des compétences.

A l'hôpital, l'autorité fonctionnelle est apparue avec la nouvelle gouvernance de 2004 et a été réaffirmée par la loi Hôpital Patient Santé Territoire dite loi HPST du 31 juillet 2009 : « le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médicotechnique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en

fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur de l'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un des collaborateurs est une sage-femme (article 13 de la loi HPST) ». (10)

Il s'entend de ce fait que le médecin chef de pôle devra également conduire sa dirigeance dans le respect de la déontologie infirmière et de son art du soin dont la référence a été définie par un arrêt du Conseil d'Etat du 26 juin 1959, dans l'affaire Rouzet : « N'est pas médical l'acte de pratique courante qui peut, sans inconvénient être confié à un auxiliaire de moindre qualification ». De telle sorte, la loi permet de distinguer la filière du soin et la filière du médical, et c'est ce que rappelle le Conseil d'État. (11)

L'autorité, fut-elle hiérarchique, fonctionnelle ou déléguée, disposent des mêmes caractéristiques (hormis le pouvoir de nomination et de gestion de la carrière pour le pouvoir hiérarchique) des effets en termes de pouvoir (faculté d'agir) et d'autorité au propre sens du terme (faculté de fonder l'action de quelqu'un d'autre). Ainsi, chaque catégorie professionnelle se définit par rapport à la catégorie supérieure (et non l'inverse). Elle se trouve non seulement dans une relation de subordination, mais aussi d'inclusion. Ces catégories ne sont pas leur propre référent : c'est la catégorie supérieure qui joue ce rôle.

2.2.3 La dysorganisation : une autre forme de pouvoir

En termes sociologiques, l'ensemble des dispositions relatives à l'autorité instaure et permet une « régulation sociale ». Le concept sociologique des « zones d'autonomie » désigne des « zones d'incertitude » pour l'organisation, d'où la volonté de les cadrer au plus près possible car elles peuvent parfois conduire à des phénomènes de dysorganisation et de contre-performance.

« Le terme « organisation » définit à la fois une structure et un processus. En tant que structure, elle représente un « mode selon lequel un ensemble est constitué en vue de sa fin, de son fonctionnement » ; comme processus, l'organisation est considérée comme « l'action d'organiser quelque chose, son résultat. » (12) Ces deux significations qualifie de satisfaisant la qualité de l'organisation qui doit servir de base au pilotage de sa gouvernance et à l'atteinte de sa performance. Dans le cas contraire, il est admis qu'un certain nombre de principes ou de règles ne sont pas respectées, on évoque alors une organisation dysfonctionnante, dysfonctionnelle, désorganisée.

Le dysfonctionnement est un « fonctionnement anormal par insuffisance ou excès » ; la désorganisation est une « altération grave de la structure »; le désordre s'explique par « l'inobservation de certaines règles ». (13)

C'est en ce sens que l'ensemble des réformes de la gouvernance hospitalière, ont convergé depuis ces quarante dernières années afin de responsabiliser les acteurs, de leur donner l'envie et les moyens d'agir par un principe d'hybridation. Cependant l'on constate que dans les organisations ayant favorisé une gouvernance déconcentrée, il peut être observé des mécanismes de « mal fonctionnement » dans certains aspects de l'organisation pourtant considérée comme « organisée » entravant finalement le fonctionnement global et la performance de l'établissement. Robert Holcman l'explique par un phénomène de dysorganisation où « l'organisation-processus » peut être également « organisée » suivant un modèle dysfonctionnant à l'aune de certains critères d'appréciation mais répondant de façon satisfaisante à d'autres critères. Les éléments d'appréciation de l'organisation varient selon les groupes professionnels et les rapports de pouvoir qu'ils entretiennent – y compris au sein d'une même organisation. La question, donc, est de savoir comment l'organisation est organisée, mal organisée, pas organisée, ou organisée d'une manière qui ne convient pas à toutes ses composantes. La « dysorganisation » est ainsi une forme d'organisation dont le fonctionnement sous-optimal est recherché par ses acteurs et qui les satisfait. » (13)

L'approche de Crozier et Friedberg met en lumière trois concepts clés : le système d'action concret, le pouvoir et la zone d'incertitude. Le système d'action concret décrit des organisations confrontées à un environnement changeant, ajustant leurs dynamiques par des relations informelles plutôt que formelles. Le pouvoir, selon Crozier et Friedberg, est une relation d'échange déséquilibrée mais réciproque, dépendant de la capacité à influencer les autres et à exercer une nuisance. Cette capacité résulte de l'association entre la capacité d'action et la possibilité d'agir, modulée par le degré de responsabilité. La zone d'incertitude, inhérente à toute organisation, crée des marges de liberté individuelles. Chaque individu cherche à accroître son autonomie tout en rendant imprévisible son comportement, tandis que l'organisation définit l'importance des zones d'incertitude et le pouvoir qui y est associé. Ainsi, le pouvoir est lié à l'organisation et se manifeste dans les luttes de pouvoir où chacun cherche à restreindre l'autonomie des autres pour préserver la sienne. Cela soulève également la question de la hiérarchisation des valeurs de Shalom H. SCHWARTZ, qui constitue une source de motivation pour les individus et les groupes. Les valeurs, ainsi que la manière dont elles interagissent entre elles, varient d'une personne ou d'un groupe à l'autre en fonction de l'importance relative qui leur est accordée. En d'autres termes, chaque individu et chaque groupe possède sa propre "hiérarchie" ou "priorité" de valeurs. Cette variation dans l'importance attribuée aux valeurs entraîne des différences

dans les attitudes et les comportements où les processus influencent les valeurs et les valeurs influencent l'action. (14)

L'incertitude entourant l'accomplissement de toute tâche confère du pouvoir à la personne chargée de cette tâche, même si elle est modeste. Le pouvoir hiérarchique ne se limite pas à la prise de décisions formelles, mais inclut également le pouvoir informel de négocier l'acceptation de ces décisions en raison des zones d'incertitude présentes chez les subordonnés. Les organisations font face à un dilemme entre différenciation et intégration, tandis que les individus privilégient des logiques professionnelles ou institutionnelles. Identifier ces divergences dans les logiques d'appartenance permet d'anticiper les positions vis-à-vis des enjeux stratégiques. Dans les communautés de travail et dans les sociétés, une décision contestée par la majorité n'est pas mise en œuvre correctement. Par conséquent, les managers doivent comprendre l'opinion publique professionnelle pour éviter la dysorganisation dans l'organisation qu'ils dirigent. (13)

Au-delà de l'approche décisionnelle au travers de l'attribution de l'autorité hiérarchique et fonctionnelle, le défi reste de dépasser la vision catégorielle au travers de l'hybridation des rôles, entre médecins et infirmiers, entre clinique et gestion, entre santé et médico-social, entre ville et hôpital entre public et privé, entre usagers et professionnels de la santé, ce qui incite à la création et au décloisonnement mais pose la question identitaire et la définition des rôles. Gabriel HALPERN prône l'hybridation du manager public dont « la responsabilité est particulièrement forte, puisqu'il doit, avoir un pied dans plusieurs mondes, plusieurs métiers, cultures ou identités professionnelles, et garantir l'hybridation au sein de ses équipes. Il s'agit de mettre fin à la terrible consanguinité professionnelle et culturelle et d'autres part d'être prêt à recruter des profils très atypiques. » Cela passe par l'octroi de plus d'autonomie et de responsabilité, mais aussi par le déploiement de missions hétéroclites et diversifiées mais également par l'aptitude à évaluer autrement. »

Qu'en est-il finalement de l'autorité exercée par le directeur des soins, de sa légitimité pour assurer les missions prescrites par le législateur ? Où se situe son niveau de responsabilité dans ce contexte ?

2.3 Une autorité paramédicale au service de l'excellence du soin, entre expertise clinique, dirigeance et gouvernance

L'instauration du service de soins et de la direction des soins ont induit une recomposition de l'espace politico-stratégique, notamment au travers d'un espace de coopération, d'aide à la décision et de co décision. L'autorité paramédicale a sa légitimité pour répondre aux besoins de santé et orienter le soin vers l'excellence en partenariat et en soutien avec les personnes en soin, l'autorité médicale et l'autorité administrative.

2.3.1 Une double expertise comme déterminant du sens de l'action

Prendre soin est le premier signe de civilisation selon l'anthropologue Margareth MEAD. Le premier signe de civilisation dans une culture ancienne serait un fémur vieux de 15 000 ans qui portait la trace d'une fracture ressoudée. Elle a expliqué que « dans le règne animal, si tu te casses la jambe tu ne peux pas fuir le danger, aller à la rivière, boire ou chercher de la nourriture ». Aucun animal ne survit à une jambe cassée assez longtemps pour que l'os guérisse. Un fémur cassé qui est guéri est la preuve que quelqu'un a pris le temps d'être à côté de celui qui est tombé, a bandé sa blessure, l'a emmené dans un endroit sûr et l'a aidé à se rétablir. Pour Mme Mead « ce premier signe de civilisation ne repose pas sur un objet mais tient dans une série d'actes et d'intentions (soin, communication, organisation) qui habitent l'espace et le temps précis de la réparation. » (15)

Soigner, guérir, prévenir, accompagner sont les fondements de l'art du soin et de l'art de guérir. La médecine, s'oriente vers la connaissance fondamentale de la maladie, sous tous ses aspects. La notion de responsabilité s'impose compte tenu du défi à relever : « l'art de guérir le malade » consiste à poser un diagnostic rigoureux scientifiquement éprouvé mais réclamant pourtant une part d'intuition et d'engager la thérapeutique. (16) L'art du soin consiste en la réalisation des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et pour fonction sociale d'assurer toutes les activités liées à l'entretien de la vie individuelle et collective avec (fonction réparatrice) ou sans présence de maladie (fonction de maintien). L'approche du soin est multidimensionnelle (holistique) et vise à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes, il vise à rechercher les solutions les plus adaptées à la singularité du sujet et de sa situation.

La filière soignante a toujours cherché son positionnement entre l'autorité médicale et administrative, exprimant le besoin de reconnaissance de son expertise, de son autonomie et de sa structuration en tant qu'autorité. L'encadrement supérieur infirmier, réclamé par la profession, a émergé grâce à des initiatives locales, donnant naissance à l'Association nationale des infirmières générales (ANIG) en 1971. En 1975, Simone Veil, ministre de la Santé, a officialisé la fonction d'infirmière générale par décret, conférant aux infirmières générales un rôle de conseiller technique et de gestionnaire. Cette reconnaissance a marqué un tournant dans la profession, établissant des normes telles que le service infirmier, la commission du service de soins infirmiers, le cadre infirmier et le rôle propre, renforçant ainsi la professionnalisation des pratiques infirmières et favorisant l'émancipation vis-à-vis des médecins. Les infirmières générales ont contribué significativement à cette évolution, participant activement à la formulation de politiques de soins adaptées aux besoins des patients et à l'amélioration de l'efficacité des services de santé. (17)

François-Xavier Schweyer, sociologue, souligne que cette autonomisation a provoqué des réactions défensives : « Dès la parution du décret de 1975, la Fédération hospitalière de France a introduit un recours en Conseil d'État, manifestant ainsi l'opposition corporatiste des directeurs d'hôpitaux » (18). Quelques années plus tard, un décret de 1993 promulgue la création du service de soins infirmiers et octroie aux infirmières générales une véritable fonction de responsable d'équipe en charge de la coordination des soins. Pour Françoise Acker, sociologue, il s'agit bien d'une « rupture fondatrice » qui renforce l'autonomisation des infirmières vis-à-vis des médecins. Cette dualité liée à sa légitimité est en lien à la fois à l'influence de la fonction sur les décisions prises au quotidien et sur la maturation des professions infirmière et paramédicales mais également sur l'affirmation d'identités plurielles en son sein qui n'est pas constitutive d'un groupe professionnel unique. Pour autant « la culture soignante » permet de constituer les repères et les références d'appartenance d'un ensemble de personnes à un groupe professionnel qui se reconnaît. Elle est constituée par l'identité professionnelle et le sentiment d'appartenance.

Nous concevons l'identité au sens de Claude Dubar, sociologue, pour lequel l'investissement dans un espace de reconnaissance identitaire dépend étroitement des relations de pouvoir dans cet espace et la place qu'y occupe l'individu et son groupe d'appartenance. Permettre à chaque professionnel soignant de s'identifier et de se construire dans son exercice professionnel est initié par la direction des soins d'un établissement et plus largement par les porteurs de la réflexion et de l'évolution des pratiques soignantes. » (19)

Concomitamment, la filière paramédicale se dote d'exigence et de rigueur quant à la qualification de l'encadrement managérial paramédical pour atteindre des niveaux d'expertise professionnelle et transiter de la surveillance (statut de la surveillante religieuse) à la dirigeance (statut de cadre de santé manager) du service et des équipes que les cadres de santé sont amenés à piloter dans le périmètre de leurs responsabilités et compétences. Ainsi la création du Diplôme de Cadre de Santé par le décret du 8 août 1995, marque ce changement puisque la formation s'ouvre au management des ressources humaines, à la contribution économique, à l'approche de la complexité et la notion de qualité. (20)

Le corps des directeurs des soins, établi en 2002 par le décret n°2002-550, exige une double expertise, combinant compétences métier et managériales. Les directeurs des soins (DS) ont hérité des compétences des infirmières générales, incluant la qualité des soins, la coordination des activités paramédicales et la gestion des services de soins. La Direction des soins a élargi son champ en incluant tous les paramédicaux, favorisant la collaboration de l'ensemble des métiers et professions paramédicales concourant à la production de soins. Cette articulation se réalise à travers les projets de soins. Cette approche unifiée

permet aux infirmiers de jouer un rôle central dans la coordination des actions de soins, assurant ainsi l'unité et la cohérence des services au bénéfice des usagers. De plus, la mise en place d'une Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT) offre un cadre permettant à la filière paramédicale de participer activement à la gouvernance de l'établissement de santé, renforçant ainsi la légitimité et l'engagement en faveur de la qualité des soins dispensés.

La fonction du directeur des soins, coordonnateur général des soins, est contestée. « Le décret de 2002 a été attaqué en nullité devant le Conseil d'État par cinq syndicats de praticiens, auxquels se sont joints le Conseil national de l'Ordre des médecins et le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. [...] Comme en 1991, le corps médical a manifesté ses réserves à l'encontre de cette organisation, reprenant la crainte, maintes fois exprimée, que l'organisation du secteur du soin se fasse au détriment du médical, illustrant l'idée que, dans son organisation, l'hôpital est un champ clos de pouvoirs et que la reconnaissance de nouvelles fonctions se traduit inéluctablement par une redistribution des pouvoirs, sans évoquer l'idée qu'il puisse y avoir une complémentarité, et de nouveaux terrains d'affirmation de compétences. L'évolution du droit hospitalier au cours des dix dernières années, a été de rompre avec une analyse ancienne selon laquelle il existait un principe, le médical, et une exception, le paramédical, faisant de la pratique des soins une fonction subordonnée, voire subalterne. Au sein de l'activité hospitalière, existe à côté de l'art médical, l'art soignant. Le savoir-faire soignant ne pourrait s'exprimer s'il n'était considéré que comme une réduction, ou un délaissement de compétence du corps médical. L'art soignant, du fait de la technicité toujours accrue des progrès de la science relationnelle, inclut une part de savoir-faire propre. Cette part spécifique n'est pas un accident de l'histoire ou une sorte de récompense honorifique. Elle est la contrepartie du renforcement des compétences de toutes les professions de soin et le mouvement, à ce titre, est inéluctable. » (11)

Trois autorités cohabitent au sein des établissements de santé, l'autorité médicale, paramédicale et administrative. Ces autorités sont légitimées dans l'organisation de la production de soins et la prise de décision grâce à leurs expertises réciproques. Toute la difficulté se trouvera donc dans le partage de la décision et dans l'acculturation du partenariat pour ce trinôme à l'échelle du top management, du pôle et du service de soin. D'une manière générale, au sein de l'activité soignante largement entendue, doit être organisée une collaboration intelligente entre l'activité médicale, caractérisée par la pose d'un diagnostic médical et d'une action thérapeutique, et l'activité soignante, qui concilie la mise en œuvre de la prescription médicale, la maîtrise des soins tels que définis par les textes qui se caractérise par un raisonnement clinique, la pose d'un diagnostic paramédical dans le cadre de son rôle propre, et d'une attention relationnelle. (11)

Selon l'OMS, 82 pays ont indiqué être doté d'un poste de responsable national des soins infirmiers chargé de donner des orientations pour les politiques relatives aux soins infirmiers et les politiques de santé. Un programme de renforcement du leadership existe dans 78 pays. L'existence d'un poste de directeur général des soins infirmiers au niveau de l'administration centrale (ou d'un poste équivalent) comme celle d'un programme de renforcement du leadership concoure à un meilleur encadrement de la profession infirmière. » (21)

En France trois professions paramédicales dispose d'un rôle propre et d'une autonomie dans l'exercice de leur fonction, caractérisée par un code de déontologie et une institution ordinale : les infirmiers, les kinésithérapeutes et les pédicures-podologues. Tout soignant doit être accompagné, évalué et encadré par des experts de son art qui dispose de la compétence métier, qui seront de fait nécessaire à la construction de l'identité professionnelle et du sens de l'action. La place du directeur des soins y est prépondérante pour garantir l'objectivation des compétences, dépasser les jeux d'acteurs et articuler les perspectives.

2.3.2 Une assise statutaire, réglementaire et jurisprudentielle comme engagement de la responsabilité

a) Une responsabilité

Nous avons exposé les éléments identitaires et d'expertise qui posent les enjeux de la constitution de l'autorité soignante (paramédicale) mais également qui donne droit et devoir quant aux responsabilités qu'elle incombe. En effet nous l'avons vu, avoir autorité, c'est pouvoir agir et prendre des décisions en santé. La décision c'est « l'acte par lequel une autorité prend parti après examen » ou encore la « terminaison normale de la délibération, dans un acte volontaire. La notion de décision sous-tend la délibération préalable, qui constitue le fondement de la responsabilité et le choix, qui constitue juridiquement l'instant de décision identifié par le juge. Décider, c'est exercer un pouvoir et, dans un État de droit, pour exercer un pouvoir, il faut qu'un texte vous en donne la légitimité d'où l'importance des réglementations, qui sont les conditions de l'exercice de la décision. » (22) Paul Ricoeur souligne le flou qui entoure le concept de responsabilité. On pourrait dire que ce flou est à l'image de ce qui, justement, appelle la responsabilité, puisqu'il s'agit à la fois de prendre acte de l'incertitude quant à la pertinence de nos choix et de se confronter à l'obligation d'en assumer les conséquences. (23)

b) Des missions règlementaires

Le directeur des soins, en vertu du décret n°2002-550 du 19 avril 2002, est le coordonnateur général des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques dans les

établissements de santé. Sous l'autorité du directeur de l'établissement, il assume les responsabilités de coordination des services, préside la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques et participe au directoire. Il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique de l'établissement, définissant les objectifs des pôles dans le domaine des soins. Il organise, contrôle et évalue la mise en œuvre des politiques de soins, coordonne les activités infirmières, de rééducation et médicotechniques, et supervise la qualité et la sécurité des soins. Il participe à la conception, l'organisation et l'évolution des structures de soins, s'implique dans le recrutement et la gestion des personnels non médicaux, et propose des politiques d'accueil et d'encadrement des étudiants. De plus, il est impliqué dans les conseils techniques et pédagogiques des instituts de formation et fait des propositions sur les programmes de recherche en soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Chaque année, il soumet un rapport d'activité au directeur de l'établissement, intégré au rapport annuel d'activité de l'établissement présenté aux différentes instances.

c) *Une jurisprudence en appui*

Le rôle du directeur des soins, défini par le décret n°2002-550, se situe entre l'autorité médicale et administrative, ce qui lui demande une constante affirmation de sa légitimité. Les responsabilités et le périmètre de son action varient d'un établissement à l'autre, ce qui peut entraîner des pertes de prérogatives ou des changements de dénominations. Contrairement aux médecins, qui ont une reconnaissance électorale par leurs pairs, le directeur des soins doit construire sa légitimité lorsqu'il prend ses fonctions. Malgré les différences historiques entre les professions médicales et paramédicales, la réglementation et la jurisprudence confirment le rôle crucial du directeur des soins. La jurisprudence souligne cinq dimensions : la distinction entre l'acte médical et l'acte de soin, l'évaluation des pratiques, l'organisation des services, la conception des projets de soin et l'autorité sur le personnel, réaffirmant ainsi l'importance de l'expertise infirmière dans le contexte hospitalier, malgré les pressions potentielles de la profession médicale. (11)

La restructuration du système de santé, via les lois HPST, n° 2016-41 de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) et n° 2021-502 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (RIST) et n° 2023-379 portant amélioration de l'accès aux soins, permet également aux paramédicaux et aux directeurs des soins de prendre une place d'avantage stratégique et politique. La modernisation des établissements de santé, passant par l'amélioration du parcours du patient, le renforcement des réseaux ville-hôpital, le travail en supra pôles, le développement de la pratique avancée et de la recherche en soins infirmiers, le développement des protocoles de coopération professionnelle locaux et nationaux, les enjeux de regroupement et de fusion (GHT), les enjeux du partenariat en santé, les enjeux de santé publique, d'attractivité et de fidélisation des professionnels de

santé font des directeurs des soins des acteurs à part entière pour conduire et accompagner l'acculturation à ces changements.

d) Une reconnaissance en mi-teinte

Parallèlement, nous constatons des textes et des gouvernances hospitalières qui suppriment le lien hiérarchique des directeurs des soins vis-à-vis des cadres de santé et des cadres supérieurs de pôles, suppriment certains leviers d'action pour permettre au DS d'intervenir au niveau des pôles, transfère les prérogatives du directeur des soins aux médecins chefs de pôle, restreignent certaines missions de la CSIRMT, cette dernière n'est plus consultée sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ni sur l'évaluation des soins, ni sur l'élaboration d'une politique de formation ; ainsi que les responsabilités que peuvent prendre les directeurs des soins au niveau des pôles hospitaliers. Cela entraîne une perte de cohérence et de structuration de l'organisation des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques à l'échelle de l'établissement car ces limitations ont un impact fort sur la latitude de management du directeur des soins, son périmètre d'action, son positionnement en tant que régulateur des jeux d'acteurs dans une organisation de travail complexe et encore très pyramidale. (24)

Pour autant depuis 2014, un décret autorise les directeurs des soins à diriger une direction fonctionnelle comme tout directeur adjoint. C'est le décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la Fonction Publique Hospitalière. Dans certains établissements, les directeurs des soins sont aussi directeurs qualité, directeur des usagers, directeur des parcours de santé ou directeur des ressources humaines. Dans le cadre de la démarche territoriale renforcée instituée par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé instituant les Groupement Hospitalier de Territoire les DS confirment leur place majeure dans le système de santé et incontournable dans les grandes orientations du système de santé relatives à la prise en soins de l'utilisateur. (25)

e) Une responsabilité pénale

La jurisprudence a également précisé la portée des responsabilités du directeur des soins dans l'exercice de ses fonctions hospitalières notamment au travers de l'arrêt du Conseil d'Etat du 5 avril 2004 et un jugement du tribunal correctionnel de Paris du 3 septembre 2003 confortent la place du directeur des soins dans la structure hospitalière, et pour lui reconnaître autant de droits que de devoirs. « Le sixièmement de l'article 4 du décret, disposant que le directeur des soins « détermine une politique d'évaluation des pratiques des soins », avait attiré le courroux des requérants, qui s'estimaient seuls évaluateurs. Le Conseil d'État répond que cette disposition ne concerne pas l'évaluation des pratiques

médicales et ne porte aucune atteinte aux principes d'indépendance professionnelle des praticiens. En revanche, les soignants doivent s'impliquer dans l'évaluation de leur pratique, ce, dans une démarche scrupuleuse. La référence est l'article L. 6113-2 du code de la santé publique aux termes duquel l'évaluation des pratiques professionnelles doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art. L'objectif de l'évaluation est « la qualité de la prise en charge globale du malade », ce qui interdit de se limiter au seul domaine médical, et ne justifie pas l'évaluation de l'activité de soin par le corps médical. (11)

La Direction des soins engage à de fortes responsabilités pour le professionnel qui en a la charge, « ce que rappelle la décision rendue par le tribunal correctionnel de Paris le 3 septembre 2003. Alors que des faits graves étaient survenus dans un service de pédiatrie, conduisant au décès d'un enfant, la direction de l'établissement avait décidé de mettre en œuvre une mesure d'inspection interne, annonçant qu'elle ne prendrait des mesures que lorsqu'elle serait éclairée globalement par les conclusions de cette enquête. Le directeur des soins avait manifesté des velléités de réactions immédiates, mais s'en était tenu à la décision de l'administration. Or, il est apparu que les dysfonctionnements qui avaient conduit au décès de l'enfant s'étaient poursuivis en l'absence de sanctions immédiates et le directeur des soins, qui a été innocenté pour tout ce qui concerne le fait lui-même, à savoir le décès de l'enfant, a été condamné pour ne pas avoir su prendre les mesures nécessaires, dès lors que, compte tenu de sa fonction et de ses compétences, il était en mesure d'agir. Le directeur des soins a été condamné pour mise en danger d'autrui pour avoir trop bien respecté l'ordre hiérarchique qui lui était donné, et qui l'avait amené à renoncer à la spécificité de sa fonction : « Attendu qu'il appartient, dans le cadre de cette fonction, d'éviter tout glissement de tâche entre infirmiers et aides-soignants, de prendre toutes initiatives et de mettre en œuvre toute procédure de sanction pour le cas où de tels errements perdureraient et ce dès la connaissance qu'elle pouvait avoir de cette situation, étant rappelé qu'en sa qualité de cadre supérieur de direction, il lui appartient non pas d'attendre officiellement des informations mais d'aller les chercher sur le terrain. » (11)

Le directeur des soins, doté d'une double expertise en soins et en gestion, incarne une identité professionnelle paramédicale. Cette identité repose sur un noyau commun de valeurs, de savoirs et de compétences. Malgré les missions inchangées depuis 2002, le paysage hospitalier évolue vers une approche préventive et coordonnée centrée sur le patient. Le directeur des soins doit favoriser l'articulation entre l'hôpital, la ville et le médico-social, ainsi que promouvoir l'expertise soignante.

Dans un contexte de transformations sociales et de nouvelles attentes des citoyens, le directeur des soins doit s'adapter aux nouvelles générations, favorisant la collaboration, l'équilibre travail-vie personnelle, l'innovation et l'engagement social.

L'enjeu réside dans l'évolution des modèles de gouvernance vers plus de transversalité, de participation, d'autonomie et de flexibilité.

2.4 Entre collaboration et coopération, construire une gouvernance participative

L'innovation managériale est aujourd'hui le maître-mot pour accompagner le changement et inventer ou nous réinventer, pour questionner nos positionnements, nos liens collaboratifs et nos partenariats. Pour répondre aux enjeux de l'attractivité il est nécessaire de construire avec les acteurs un partenariat au travers de modes collaboratifs et coopératifs. La collaboration est l'acte de travailler ou de réfléchir ensemble pour atteindre un objectif.

Dans son sens commun, la collaboration est un processus par lequel deux ou plusieurs personnes ou organisations s'associent pour effectuer un travail intellectuel suivant des objectifs communs. La coopération a plusieurs significations. Elle consiste à mettre en œuvre une politique d'entente et d'échanges culturels, économiques ou scientifiques afin de participer à une œuvre ou à une action commune pour lesquels les participants ont des intérêts communs et qui s'associent en vue d'un profit réparti. Les coopérations peuvent prendre la forme de transferts d'activités ou d'actes de soins voire en une réorganisation du mode d'intervention au service des patients. Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération si celle-ci est de nature à améliorer l'organisation ou la prise en charge des soins, dans un territoire de santé. La démarche de coopération concerne tous les professionnels de santé et quel que soit le secteur et cadre d'exercice (salarié public ou privé, libéral, établissements de santé, centres de santé, cabinet libéral, maison de santé pluri professionnelle...).

Plusieurs modèles ont été conceptualisés pour engager les acteurs de la santé en ce sens. Ils se situent sur deux niveaux que sont les coopérations inter établissement (CGS ou GHT) pouvant aller jusqu'à la fusion et des coopérations inter professionnelles, formalisées par l'article 51 de la loi HPST. Qu'est-ce que coopérer signifie sinon co-réfléchir, interagir et co-agir, dans l'objectif de travailler solidairement en mutualisant les potentiels et les compétences ? Chacun, dans la communauté soignante et médicale, doit par conséquent identifier clairement son propre champ d'expertise, connaître son propre rôle, sa propre responsabilité et reconnaître celle de l'autre.

Le modèle de gouvernance médicalisée qui nous intéresse et nous interroge dans le cadre de notre réflexion, se positionne comme un modèle d'hôpital magnétique et d'empowerment soignant où, les coopérations et les collaborations interprofessionnelles sont exemplaires.

2.4.1 L'Hôpital magnétique ou « Magnet Hospital » créé par les infirmières au service de l'excellence du soin

Dans les années 1980, les états-uniens se sont intéressés aux aspects humains dans le management hospitalier pour définir les "Magnet Hospitals". L'hôpital magnétique est historiquement un « concept construit par et pour les soignants ». Il réconcilie qualité de vie au travail, performance organisationnelle et qualité des soins. Ainsi un groupe de chercheurs en soins infirmiers s'est interrogé sur la pénurie d'infirmiers dans le système de santé américain. Ils ont mené une étude pilote sur une quarantaine d'établissements qui avaient développé la capacité de recrutement et de fidélisation de leur personnel et donc d'être attractifs. La population professionnelle cible a été les infirmiers mais l'étude se transposait aux autres professionnels de l'hôpital. La démarche portait d'emblée sur la recherche des facteurs qui « retenaient » les soignants dans ces hôpitaux. En interrogeant infirmiers et cadres de santé, des forces dites « *magnétiques* » ont pu être identifiées, à savoir, un ensemble de conditions d'organisation, de gestion de ressources humaines et de facteurs managériaux qui favorisent la fidélisation du personnel soignant.

L'hôpital magnétique ou « Magnet Hospital », devenu un label de l'American Nurses Association (ANA) s'attache à allier qualité de vie au travail et la qualité des soins au travers de huit dimensions essentielles, qui définissent les attributs d'un contexte magnétique : «

- une culture du soin centrée sur les besoins du patient : c'est l'axe central des discussions, initiatives et changements. La dimension clinique transcende ;
- des soignants experts dans leur art ;
- un soutien fort de l'institution envers la formation des personnels, qui encourage à suivre/donner des cours,
- une gestion qui supporte et qui est vécue comme équitable où le personnel se sent respecté ;
- un leadership infirmier de type transformationnel, stimulant, exigeant, exemplaire et à l'écoute des personnes ;
- un mode de management participatif favorable à l'empowerment des soignants, promouvant leur capacité d'agir et de s'exprimer ;
- une bonne collaboration entre médecins et paramédicaux et des relations positives avec les pairs, considérés comme compétents, qui permettent de cimenter un véritable esprit d'équipe, où chacun se sent soutenu par les autres. Cela permet d'établir des relations de confiance. La notion « d'esprit de famille » est souvent mentionnée ;
- une autonomie des soignants dans leur sphère de décision clinique qui se caractérise par la forte décentralisation de la gestion au niveau des unités et la capacité à innover ; une gestion des effectifs adéquate, adaptée à la charge de travail et aux besoins du patient.

Le management déployé dans ces hôpitaux se caractérise par la bienveillance, où l'on retrouve les valeurs éthiques du « *care* » ; l'autonomie dans un cadre organisé par les normes professionnelles dans le respect du soin au patient et des exigences de l'organisation ; la complémentarité du pouvoir entre le corps administratif, le corps soignant et le corps médical qui permet une prise de décision décentralisée favorisant le partage du pouvoir et garantit à chacun la maîtrise du contenu de son travail et son autonomie professionnelle. Les attentes des professionnels de santé, en France, vis-à-vis du travail d'équipe sont aujourd'hui importantes.

Dans le modèle de la bureaucratie professionnelle cloisonnant les relations professionnelles en fonction des appartenances de corps et de métier, il importe que les acteurs dépassent les rivalités entre l'approche médicale du « *cure* » et l'approche soignante du « *care* » même si la frontière de ces deux concepts est poreuse. L'interdépendance croissante des activités médicales et soignantes oblige les acteurs hospitaliers à jouer le jeu du collectif pour mieux prendre en charge le patient. Ils considèrent alors nécessaire d'établir des échanges interprofessionnels de qualité, quitte à s'affranchir des rapports de domination, qui enferment depuis toujours les infirmières dans un modèle de la « *servante* » vis-à-vis du médecin. (26) Ces éléments sont accrus par la parcellisation des métiers dans un processus d'hyperspécialisation notamment avec la pratique avancée.

« Le modèle de gouvernance médicalisée, au travers de sa singularité et de son efficience, a abouti à une organisation qui a démontré sa pertinence en matière d'exploitation (revenus et coûts), en matière de capacité d'innovation par la robotisation (chirurgie et pharmacie), par l'intelligence artificielle (IA), en imagerie, par la télémédecine et tout particulièrement en termes d'attractivité médicale en déployant un empowerment médical favorable à l'engagement et à la fidélisation. » (26) Il a ainsi permis de construire une gouvernance en phase avec les évolutions médicales contemporaines, permettant une réelle responsabilisation des « médecins managers », une plus grande adaptabilité donnant aux médecins l'opportunité d'exercer leur créativité et la possibilité d'un investissement durable et cohérent au sein de leurs spécialités, de construire une gestion proactive des projets dans toutes leurs dimensions.

Cependant il se dévoie sur l'empowerment des soignants paramédicaux qui ne sont pas associés à ce processus d'émancipation, mais regroupés sous l'égide du corps médical (par exemple par le transfert de l'autorité hiérarchique du personnel paramédical et d'encadrement au médecin chef de pôle, absence du directoire (loi RIST)) ce qui interroge sur les fondements de cette démarche.

D'autres modèles d'hôpitaux attractifs ont été créés.

Le modèle ARIQ (Attraction, Rétention, Implication des infirmières et Qualité des soins), en Belgique, se définit autour de 3 axes que sont la mission, le support organisationnel apporté par l'institution à ses collaborateurs et la stratégie d'ouverture vers l'extérieur. Sa caractéristique est de favoriser une dynamique d'amélioration continue au sein des établissements de santé grâce à une démarche d'autodiagnostic.

Le « Healing Hospital » au Danemark s'attache au bien-être des personnes en soin en prenant en compte les ambiances, les matériaux, la lumière ou encore les espaces dédiés au personnel qui augmenteront la qualité des échanges avec les usagers ; L'hôpital « buissonnier ou chalet » en Norvège a pour but d'améliorer le vécu du patient souffrant de cancer.

Le paysage hospitalier français est reconfiguré depuis 30 ans par la fermeture de cliniques, de lits par la valorisation du virage ambulatoire et domiciliaire, le regroupement d'hôpitaux et le développement des coopérations et des fusions entre établissements. En même temps, les exigences à l'égard de l'hôpital ont été croissantes avec l'essor de la réglementation de vigilance sanitaire, le développement des droits des patients et la judiciarisation des relations entre l'hôpital et ses usagers, le vieillissement du parc immobilier ou encore la pression politique pour la réduction des coûts de fonctionnement. La subsidiarité constitue une nouvelle modalité de management permettant de repositionner l'hôpital à travers trois axes d'analyse : le système de santé, l'organisation hospitalière et les pratiques professionnelles. (27)

2.4.2 L'autonomie professionnelle, la démarche participative et le principe de subsidiarité gage d'attractivité

Dans son rapport sur la gouvernance et la simplification hospitalières de 2020, le professeur Olivier Claris recommande d'impliquer les équipes médico-soignantes, de redonner de l'autonomie au plus petit niveau fonctionnel d'un établissement de santé, le service de soin, qui apparait comme le niveau de référence pour les professionnels et les patients. (28)

Il s'agit de mettre en œuvre le principe de subsidiarité mais peut-être aussi de revoir l'articulation du pouvoir d'agir. Le pilotage des pôles doit peut-être évoluer vers un type de fédération de services regroupés au sein d'un pôle et garant de sa dirigeance. Les enjeux sont donc de renforcer la démarche participative et la stratégie médicale pour être force de proposition auprès des instances de gouvernance. Le rapport souligne le rôle fondamental joué par l'encadrement paramédical dans le bon fonctionnement hospitalier. Il est tout autant nécessaire de favoriser l'empowerment des soignants paramédicaux tels que promu par le « Magnet Hospital » dont l'enjeu est aussi de renforcer la stratégie paramédicale pour une meilleure participation à la gouvernance.

Promouvoir l'innovation managériale c'est permettre l'autonomie d'action et de décision. In fine « l'autonomie peut s'envisager comme le stade ultime d'un parcours allant de la dépendance à l'interdépendance. » (29 p. 285)

L'autonomie peut se définir comme la possibilité de s'administrer librement dans un cadre déterminé, synonyme d'indépendance empruntée au grec « auto-nomos », voulant dire « *qui est régi par ses propres lois* » ; c'est aussi la possibilité d'agir sans intervention extérieure dans son périmètre d'action. Il est étroitement lié à la notion de responsabilité. S'agit-il de s'affranchir du lien de subordination et de la prescription de l'action ? Plusieurs domaines vont conditionner l'autonomie professionnelle : la capacité technique (connaissances, compétences, culture professionnelle, expérience...), la responsabilité (obligation morale de répondre de ses actions et de celles des autres, principes d'action professionnelle, éthique, code de déontologie...), l'initiative (s'engager, proposer, mettre en œuvre une solution face à un problème posé sans attendre l'intervention d'un tiers...) ainsi que l'articulation du lien de subordination et du principe de subsidiarité qui se combinent pour définir une capacité d'action, explicite ou implicite.

C'est une rupture avec l'approche d'un « leadership incarné par une personne mais d'avantage par un leadership collectif, partagé et distribué. Partager le pouvoir de décision, distribuer la responsabilité d'agir, créer le contexte capacitant de l'agir. Selon Daniel PINK la performance ne dépend pas que de facteurs externes comme la récompense mais plutôt d'un besoin intrinsèque et profondément humain d'apprendre, de créer et de s'améliorer constamment. Trois éléments essentiels de la motivation sont : l'autonomie qui correspond au désir de diriger sa propre vie ; la maîtrise c'est-à-dire le désir de bien effectuer son travail ; et la finalité, qui est l'envie de contribuer à quelque chose de plus grand que soi. (14)

L'empowerment est apparu aux États-Unis au début du XXème siècle. À l'époque, il se référait à des femmes luttant pour la reconnaissance de leurs droits. Ce mot s'est ensuite étendu à l'autonomisation de différentes communautés qui ont pu prendre le contrôle sur leur vie. L'empowerment offre davantage de pouvoir à un individu ou à un collectif pour agir sur son environnement, que cela soit des conditions de son écosystème, mais aussi des conditions sociales, économiques ou encore sociales ou politiques. L'empowerment, ou empouvoirement, est un mot anglais qui désigne le fait de se libérer d'une situation de dépendance, de prendre conscience de sa puissance personnelle, et de renforcer son pouvoir d'agir. En français, on peut aussi utiliser les termes de responsabilisation, d'émancipation, d'autonomisation ou de capacitation. » (30) Les soignants paramédicaux n'ont pas la même culture que les médecins et disposent de leurs propres expertises, (31) même s'ils exercent dans un même domaine avec des objectifs communs : l'excellence des

soins et la garantie de l'accès aux soins pour « le bon soin au bon patient au bon moment, au bon endroit au bon coût ». (32)

C'est une véritable acculturation à une démarche de gestion démocratique et participative qui se joue et à laquelle l'ensemble des acteurs doivent adhérer. Décloisonner n'est pas réduire mais inclure, « conforter la pratique du consensus garantissant l'adhésion de l'ensemble à la gouvernance ». Mais un consensus qui intègre l'ensemble des acteurs sans les « amalgamer » : médicaux, paramédicaux, administratifs, usagers.

Le recours à la démarche participative dans le domaine des soins de santé revêt une importance capitale. Cette approche permet d'impliquer activement les membres de l'équipe dans la prise de décisions concernant les soins et le traitement des patients. Pourquoi cette coopération ? Parce qu'elle est intimement liée à la finalité essentielle de notre travail, à savoir le bien-être de chaque individu. C'est cette finalité qui donne tout son sens à l'activité des professionnels de la santé et qui exige le respect absolu des valeurs fondamentales telles que la dignité, l'humanité, les droits, la liberté individuelle, les désirs et les souhaits des patients, ainsi que la protection des intérêts des personnes en situation de grande vulnérabilité.

Ces valeurs et cette vision globale de la pratique médicale et paramédicale sont ancrées dans le domaine de la déontologie. Cependant, lorsque vient le moment de les mettre en pratique, nous réalisons qu'il n'existe pas une seule philosophie du soin, mais bien plusieurs. En effet, ces conceptions varient en fonction des cultures, des croyances religieuses, de la perception de la douleur, de la maladie et de la mort. De manière similaire à la philosophie morale, le concept d'autonomie peut être interprété de diverses manières.

Dans la réalité quotidienne, nous nous trouvons donc à discuter d'une éthique des pratiques en santé, une éthique qui prend en compte ces différentes conceptions ainsi que les circonstances particulières. L'éthique nous amène avant tout à nous poser des questions au sujet de nos responsabilités individuelles. Elle nous pousse à réfléchir sur la distinction entre le bien et le mal, à la recherche de ce qui est bénéfique pour l'être humain. Bien que la communauté soignante partage un socle commun de valeurs liées aux soins, chaque profession doit, en fonction de ses responsabilités et de ses expériences spécifiques, se poser des questions particulières. Les infirmières en soins généraux, par exemple, doivent prendre en main des questions de santé publique en se basant sur leur identité professionnelle et en menant une réflexion éthique indépendante, démontrant ainsi leur volonté d'assumer pleinement leur propre responsabilité.

L'application du principe de subsidiarité revêt une importance cruciale. Elle permet aux professionnels de la santé d'associer l'éthique, la responsabilité et la réactivité dans leur pratique quotidienne.

En essence, ce principe signifie que les décisions et les tâches ne devraient être déléguées à une autorité supérieure que lorsque l'entité de base ne peut pas les accomplir. Cela implique un renversement de la délégation : ce sont les acteurs de terrain qui, face à des situations excédant leurs compétences, transmettent les problèmes à une instance hiérarchique supérieure. Dans cette optique, chaque personne est tenue de prendre la responsabilité de la décision au plus près de la réalité terrain. Il s'agit en réalité de refuser que l'échelon supérieur s'approprie des décisions qui pourraient être prises à un niveau inférieur. C'est une véritable délégation à l'envers par rapport au système traditionnel. Cette approche encourage la responsabilité individuelle et collective tout en garantissant une réactivité optimale face aux défis de la pratique des soins de santé. (29)

Une gouvernance équilibrée et participative lutte contre la kakistocratie et la médiocratie, expression du sentiment de l'incompétence, du népotisme, de l'absence de vision et de la résistance à l'innovation. (33)

3 PHASE DIAGNOSTIQUE

Cette recherche s'appuie sur une enquête exploratoire, étudiant les pratiques professionnelles. Elle s'est déroulée sur deux établissements de santé à la fois sur un format d'observation participante et sur un format d'entretiens approfondis semi-directifs.

3.1 Méthodologie de l'enquête

Pour ce faire, nous avons tout d'abord construit un modèle d'étude s'appuyant sur la problématique de départ (question initiale) et les quatre hypothèses s'y rapportant.

3.1.1 Modèle d'étude et outils d'enquête

L'objectif général de cette enquête est d'observer :

« En quoi les évolutions récentes de la gouvernance hospitalière, notamment dans sa médicalisation, amènent le Directeur des Soins à redéfinir ses stratégies managériales vis-à-vis des acteurs de la gouvernance mais également vis-à-vis de l'encadrement soignant et de la communauté paramédicale pour maintenir une identité professionnelle commune, un sentiment d'appartenance et une cohérence dans l'action de soin ? »

Pour cela les quatre hypothèses formulées, comme propositions de réponse possibles sont à présent à « confronter » à l'épreuve du terrain par le biais d'un dispositif d'enquête. L'ensemble de ces hypothèses cherche au fond à comprendre à la fois :

- Dans ce contexte une politique de soins peut-elle suffire à soutenir l'expertise clinique et managériale des professionnels paramédicaux ?

- De quelle manière s'assurer que les besoins et perspectives des patients soient intégrés de manière significative dans les processus décisionnels ?
- En quoi l'exercice de la délégation de gestion au corps médical, nécessite pour l'encadrement soignant des repères transversaux à l'établissement ?
- En quoi la notion de parcours nécessite un travail en partenariat, décloisonné où la décision est partagée ?

Dans le contexte d'une gouvernance médicalisée déconcentrée avec transfert de l'autorité hiérarchique et des prérogatives du directeur des soins au médecin chef de pôle, garantit-on l'empowerment paramédical et l'expertise du « cœur de métier »? Pour répondre à ces questions, nous nous appuyons sur une méthodologie qualitative composée de onze observations participantes (cf. outil en annexe) dont l'objet est de qualifier l'autonomisation, l'habilitation et l'émancipation des soignants dans le cadre de leur exercice professionnel et d'observer la réalité de la nature des interactions et des relations entre l'encadrement paramédical et le directeur des soins, entre les acteurs de la gouvernance et le directeur des soins.

Afin de signifier les éléments observés au regard de l'objet de recherche dix-huit entretiens semi-directifs ont été conduits sur deux centres hospitaliers, établissements support du Groupement Hospitalier de Territoire. Ils permettent de questionner différents facteurs liés au contexte et à la perception, pour chaque catégorie interrogée, de son rôle et de ses besoins.

Le cadrage des entretiens a été décomposé en objectifs et sous-objectifs, identiques pour chacune des catégories professionnelles interrogées afin de pouvoir transposer les données recueillies et en faciliter l'analyse.

| Objectifs | Sous-objectifs |
|---|---|
| <p><u>La gouvernance</u> Evaluer la vision et les représentations du modèle managérial : est-ce un levier de performance économique, est-ce une stratégie de fédération de services ? Identifier les enjeux et les besoins</p> | <p>Quel est l'impact sur l'empowerment paramédical ? Interroger sur la reconnaissance de l'art du soin, de la philosophie du soin et du leadership paramédical comme levier d'excellence de la prise en charge de la personne en soin ? Suite Ségur et à la loi Rist l'objectif était de donner une place aux paramédicaux au sein de la gouvernance? Identifier le gain en autonomie, en flexibilité, en qualité de travail, dans l'amélioration de la qualité des soins, la qualité du partenariat avec l'utilisateur. Notion de dynamique de management par projet</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | | <p>intégration du principe de subsidiarité – collaboration effective interdisciplinaire, pluridisciplinaire, intra polaire, inter polaire.</p> |
| <p><u>La fonction de DS</u> Evaluer la notion d'influence et d'autorité - Constaté si le recours à la politique des soins et des stages est fait ? L'usager est-il présenté comme une force- un partenaire dans l'ancrage de la pratique professionnelle paramédicale et de l'excellence du soin ? Identifier le rôle sur le territoire de santé ?</p> | | <p>Evaluer la collaboration DS/ PCME. Identifier le besoin au travers de quelques représentations de type : Est-il un partenaire (travailler avec) ? Est-il un recours de référence en cas d'arbitrage? Quel type de coopération existe-t-il ? Est-il une garantie de la valorisation et du maintien de l'expertise paramédicale? Est-il le représentant de la filière paramédicale au plus haut niveau de la gouvernance? Evaluer la reconnaissance de la fonction. Percevoir s'il existe une notion de dualité et d'antagonisme entre les domaines d'exercice spécifiques et les domaines partagés du DS-CGS ? Evaluer le besoin de socialisation et le sentiment d'appartenance de l'encadrement ?</p> |
| <p><u>Evaluer le périmètre d'action du DS</u> Permettre d'objectiver un conflit dans le rôle – Vision de l'incarnation du rôle – évaluer la notion de risque de balkanisation des pôles</p> | | <p>Identifier les leviers, les stratégies pour fédérer, évaluer l'attachement à développer un contexte de travail encapacitant, le déploiement d'un « leadorat ». Evaluer l'incarnation du rôle notamment dans les espaces paramédicaux (notamment infirmier). Evaluer la notion de sécurisation psychologique, l'élaboration de repères, déterminer si le débat est encouragé vers le maintien d'une certaine conflictualité constructive pour éviter l'illusion du consensus – la joie et le sens d'être ensemble est-elle cultivée ?</p> |
| <p><u>Evaluer l'incidence du modèle de gouvernance</u> Favorise-t-il la construction de l'identité professionnelle et le sentiment d'appartenance – Evaluer la qualité de la cohésion sociale dans l'établissement - Déterminer si le modèle de</p> | | <p>Repérer dans les activités et pratiques des soignants et cadres hospitaliers paramédicaux, les évolutions organisationnelles qui illustreraient les marqueurs de l'innovation managériale et d'un empowerment infirmier (différent d'un rôle de simple exécutant).</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>gouvernance a répondu aux attentes et aux besoins des professionnels et à l'objectif d'un soin d'excellence et d'un accès aux soins gradués sur le territoire de santé.</p> | | <p>Connaître l'image de la profession, en lien avec son identité professionnelle. Répondre à un besoin – rechercher l'alignement des valeurs – essayer de disposer de situations concrètes représentatives et emblématiques de l'engagement dans la gouvernance. Identifier la qualité de la collaboration pluridisciplinaire inter et intra polaire.</p> <p>Evaluer le sentiment de sécurité et de recours en cas de besoin d'arbitrage. Identifier les freins (évaluer le conflit de rôle, évaluer le mécanisme de dysorganisation, de compétition inter polaire, d'une notion d'omerta sur ce qui se passe dans le pôle, cloisonnement intra polaire) et les leviers (formation, fiche de poste clarifiant les missions et les rôles, projet managérial et de gouvernance identifié).</p> |
|--|--|--|

3.1.2 Définition de la population et du corpus

Pour confronter le modèle et son impact nous avons choisi de cibler les entretiens et les observations dans le CH témoin porteur d'un modèle de gouvernance médicalisée déconcentrée et dans un second CH avec un modèle de gouvernance ayant développé une délégation d'activité polaire sans déconcentration.

Ce sont dans les deux cas des établissements très actifs dans le déploiement d'innovations managériales. La démarche a été de nous situer sur deux territoires de santé différents.

Nous avons également choisi d'interroger 3 niveaux de collaboration : direction, pôle et service et quatre catégories d'interlocuteurs : directeurs d'hôpitaux (adjoint et chef d'établissement), directeur des soins (adjoint et coordonnateur général des soins), Présidents de CME, cadres supérieurs de santé de pôle, cadres de santé de proximité.

| Entretiens semi-directifs : 18 | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|
| DG | DH adjoint | PCME | DS/CGS | CSS pôle | Cadre de santé |
| 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 |
| DG CH1 Poste 15 ans Fonction 32 ans | DH CH1 Poste 1 an Fonction 9 ans | PCME CH1 Poste 3 ans Fonction 23 ans | CGS CH1 Poste 16 ans Fonction 20 ans DS CH1 Poste 6 ans Fonction 10 ans | CSS CH1 Poste 9 ans Fonction 9 ans CSS CH1 Poste 7 ans Fonction 7 ans | CS CH1 Poste 2 ans Fonction 2 ans CS CH1 Poste 4 ans Fonction 6 ans |
| DG CH 2 Poste 4 ans Fonction 18 ans | DH CH 2 Poste 1 an Fonction 5 ans | PCME CH 2 Poste 4 ans Fonction 23 ans | CGS CH2 Poste 7 ans Fonction 16 ans DS CH2 Poste 2 ans Fonction 2 ans | CSS CH2 Poste 1 an Fonction 1 an CSS CH2 Poste 10 ans Fonction 10 ans | CS CH2 Poste 6 ans Fonction 10 ans CS CH2 Poste 2 ans Fonction 3 ans |

| Observations participantes lors d'instances ou réunions de dialogues : 11 | | | | | | | |
|--|------------|-----|-------------|------------|---------------------|----|-----------|
| CSIRMT | Directoire | CME | Réunion CSS | Réunion CS | Dialogue de gestion | de | Séminaire |
| 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | | 1 |
| CH1 et 2 | CH1 et 2 | CH2 | CH 1 et 2 | CH1 et 2 | CH2 | | CH2 |

| Entretiens avec les usagers : 2 | |
|---|---|
| Représentants des usagers CH1 2ème mandat | Représentants des usagers CH2 3ème mandat |

3.1.3 Lieux d'enquête

Nous avons souhaité enquêter sur deux établissements qui possédaient des caractéristiques sensiblement équivalentes afin de pouvoir comparer les impacts des modèles de gouvernance sur la dynamique à la fois des professionnels, mais également sur les projets et organisations et d'en faire les liens avec les observations participantes.

CH 1

Etablissement siège du GHT – CHR de référence et de recours
Capacité de 2168 lits et places / 5200 salariés
GHT composé de 10 établissements – pas de CHU
Superficie du territoire : 2968.5 km2
Budget annuel de 420 millions d’euros
740 000 habitants
Multi sites
15 Pôles intra établissement : 12 pôles médicaux, 1 pôle logistique, 1 pôle administratif
Direction centrale et direction commune
Délégation de gestion avec déconcentration avec 2 DGA référent de pôle
Direction des soins en support sans autorité hiérarchique

CH 2

Etablissement siège du GHT – CH de référence et de recours
Capacité de 1238 lits et places / 3300 salariés
GHT composé de 7 établissements – pas de CHU
Superficie du territoire : 6878 km2
Budget annuel de 360 millions d’euros
598 953 habitants
Multi sites
8 Pôles médicaux intra établissement et 12 FMIH de territoire
Direction centrale et direction commune, projet de fusion, projet GCS clinique et hôpital
Délégation de gestion sans déconcentration avec directeur référent de pôle
Direction des soins en responsabilité disposant de l’autorité hiérarchique

3.1.4 Test de l’outil, déroulement, limites et réajustements de l’enquête

Le guide des entretiens a été testé et réajusté au fil de l’enquête en réorganisant parfois la chronologie des questions et leur formulation selon la catégorie professionnelle de l’interlocuteur, afin de faciliter le déroulement et la fluidité des échanges et ne pas influencer le contenu des réponses. Les entretiens ont été enregistrés avec l’accord des participants et ont duré en moyenne 45 minutes. C’est une enquête déclarative, qualitative et non exhaustive constituée d’un recueil de données situé à un instant donné et contenant la subjectivité de chacun. L’échantillon est de petite taille et ne comprend pas tous les acteurs, nous voulions initialement réaliser des entretiens des binômes CSS et chef de pôle, cadres de santé et chef de service mais les entretiens ont été annulés par les protagonistes avec divers motifs alloués (vacances, manque de temps...). Les difficultés rencontrées concernent en premier lieu des contraintes de temps qui ont notamment été en lien avec le choix initial des cibles définies pour les entretiens. Le choix d’un second hôpital au sein du même GHT que l’établissement de santé témoin, a faussé la recherche d’information. Il a fallu poursuivre les entretiens sur un deuxième établissement avec des caractéristiques similaires et un modèle de gouvernance non déconcentré. La seconde limite remarquable est le conflit entre nos représentations et notre expérience personnelle différente du modèle de gouvernance déployé au national. Cela a pu créer des biais d’interprétation au travers des recherches conceptuelles et intellectuelles.

3.2 Le choix du modèle d'analyse

L'analyse s'est faite à partir du guide d'entretien de chaque catégorie professionnelle et s'appuie sur une analyse thématique en lien avec la question de recherche et le cadre conceptuel.

Lors des entretiens individuels avec les professionnels, les thèmes suivants ont été abordés : parcours professionnel, rôle dans le poste actuel, représentations, pratiques et attendus autour de la gouvernance et de la fonction de directeur des soins dans son domaine d'exercice spécifique et dans les domaines partagés, évaluer l'autonomie et la possibilité de créer de l'innovation dans un format « *Bottom up* ». Nous avons couplé les entretiens à une analyse documentaire des projets d'établissements, des projets médico-soignants, du projet managérial, du projet qualité du projet des usagers, des contrats de pôle, de la charte de la délégation de gestion et/ou de pôle, des résultats de l'audit organisationnel des cadres de santé et de l'enquête Qualité de Vie et Conditions de Travail. Nous avons également réalisé des entretiens informels avec les représentants des usagers des deux établissements.

L'ensemble des données d'observation a été colligé dans un tableau Excel permettant de croiser les éléments recueillis de manière systématique. Nous avons ainsi pu faire ressortir les principales thématiques : l'impact de la délégation de gestion sur la dynamique collaborative, l'impact du discours médico-économique sur le sens de l'action et la raison d'être, l'importance d'un projet managérial commun et partagé, l'impact de l'exemplarité dans la gouvernance, le besoin d'identification et de recours.

3.3 Analyse des résultats

Notre analyse comporte trois supports d'études : une analyse documentaire institutionnelle, polaire et territoriale qui a permis de réaliser un tableau comparatif selon le type de projet ; l'analyse de la dynamique des groupes au travers des observations participantes ; et enfin l'analyse des représentations des acteurs et des besoins exprimés lors des entretiens semi-directifs. L'intérêt reste celui d'étudier la place des soignants paramédicaux dans l'innovation managériale et l'acte de décision et sa reconnaissance aux trois niveaux de gouvernance institutionnelle (local), polaire ou territorial. Trois thèmes ont émergé de cette enquête :

- La stratégie collaborative ;
- La convergence médico-soignante ;
- Le projet managérial.

Nous vous présentons dans le tableau ci-après les documents institutionnels étudiés qui ont participé à conduire notre analyse et notre réflexion.

| Niveau de collaboration institutionnel | Niveau de collaboration polaire | Niveau de collaboration territorial |
|---|---|---|
| <p>CH 1 <u>Projet d'établissement (PE)</u> Projet des usagers rédigé – non intégré au PE. Instances de gouvernance : Pas de participation paramédicale supplémentaire au Directoire, aucune présence paramédicale à la conférence des chefs de pôle – Médicalisation extrême des différentes commissions (page 52). Pas de suivi du projet en fiche action</p> <p><u>Organigramme</u> : Direction des Soins apparente – Lien de subordination entre les DS</p> <p><u>Règlement intérieur (RI)</u> Le projet de soin de territoire est identifié au travers de la CSIRMT de territoire (page 21). En interne la CSIRMT n'est pas définie dans ses missions (page 33), présentation de la déclinaison de ses collègues. Délégation des prérogatives du CGS aux pôles (pages 43 et 44)</p> <p><u>Projet médico-soignant</u> : Renommé projet médico-scientifique – disparition de la philosophie du soin et du projet de soin (page 24). Déploie individuellement l'ensemble des projets constituant le PE dont le projet managérial : évolution vers une autonomie des services, développer la démarche participative (page 52).</p> <p><u>Politique qualité et sécurité des soins</u> : signée par le DG et le PCME – non signée par le CGS</p> <p><u>Politique des soins</u> : non formalisée – pas de rapport d'activité annuel / absence de rapport annuel d'activité</p> <p><u>Charte de fonctionnement de la Direction des Soins</u> : formalise les champs d'actions et de responsabilités de la DS</p> <p><u>Audit organisationnel des cadres de santé</u> : Cloisonnement et compétition intra polaire Manque de reconnaissance de la part des médecins et CSS Méconnaissance du fonctionnement des paramédicaux</p> | <p><u>Délégation de gestion</u> Toutes les prérogatives du DS sont transmises aux pôles Aucunes modalités de contrôle ne sont précisées (indicateurs, méthodes) ni actions posées en cas de dysfonctionnement Seule la présidence de la CSIRMT n'est pas déléguée.</p> <p><u>Contrat de pôle</u> Autorité hiérarchique : ne stipule pas l'attribution de l'autorité hiérarchique : évoque l'autorité fonctionnelle Projet de soin : ne pose pas d'objectifs spécifiques en lien avec l'expertise soignante paramédicale Signature du contrat : DG – DGA – PCME : absence de la signature de la CGS en lien avec sa délégation Chef de pôle – Cadre administratif de pôle – CSS Evaluation : le DS ne participe pas au bilan de pôle</p> | <p>CSIRMT de territoire avec un projet de soin partagé Comité territorial des directeurs des soins Organisation du Séminaire cadres de santé et DS territorial</p> <p><u>La dynamique collaborative</u> sur le territoire est complexe : pas de CMG régulière, absence d'entente pour formaliser un projet médical partagé – 2 établissements de santé demande à sortir du GHT. Pas de déploiement du modèle de gouvernance médicalisée sur les autres établissements du groupement.</p> <p>Absence d'inter pôle</p> <p><u>5 fonctions organisées sur le territoire</u> : Filière biologie – filière pharmacie – permanence et continuité des soins – Qualité – lien avec le CHU de Lille pour organiser le recours</p> |

| | | | |
|------|--|---|---|
| | <p>Peu de prise en compte des idées des paramédicaux par les médecins Manque de transmissions d'information par les médecins La DS ne représente plus les cadres – ne défend plus les cadres - Conflits identitaires - Charge mentale forte – conflits de rôle - Sollicitations médicales contradictoires - Lourdeur de la hiérarchie</p> <p><u>Enquête QVCT du personnel non médical :</u> 82 % de satisfaction – moins de 10 % de participation des soignants</p> <p><u>Journal interne de l'hôpital</u></p> | | |
| CH 2 | <p><u>Projet d'établissement</u> Axe 5 est dédié à la gouvernance en faveur d'un management par projet, place est faite au collectif et à la décision partagée (séminaire – réunion plénière des pôles, contrat de pôle). Usagers intégrés au COPIL de suivi du PE mais pas de projet des usagers formalisés mais intégré dans le PE _ Pas de suivi du projet en fiche action</p> <p><u>Organigramme :</u> Direction des Soins apparente – pas de lien de subordination entre les DS</p> <p><u>Règlement intérieur</u> Un paragraphe page 25 le CGS définit et met en œuvre la politique des soins. Référence au projet de soin, comme partie du PE (page 21). Charte de gouvernance : correspond au projet managérial.</p> <p><u>Projet médico-soignant :</u> Les projets ne sont pas distingués. Pas de suivi du projet en fiche action</p> <p><u>Politique des soins :</u> formalisée – pas de rapport d'activité</p> | <p><u>Charte de gouvernance du pôle</u> Précise le rôle et les missions de chaque responsable du pôle et des services, le CSS est placé sous l'autorité hiérarchique du CGS. Chaque pôle dispose d'un directeur référent de pôle Promeut la conduite de projets de soins paramédicaux</p> <p><u>Contrat de pôle et projet de soin</u> Les soignants sont intégrés dans le projet de pôle, la collaboration avec le DS est précisée dans sa contribution à l'analyse des pratiques, le développement des compétences et l'organisation des soins mais ne pose pas d'objectifs spécifiques en lien avec l'expertise soignante paramédicale En cas d'inexécution du contrat : arbitrage et négociation, trinôme et DG En cas d'exécution du contrat : attribution d'une prime d'intéressement</p> | <p><u>Projet inter pôle (filiale territoriale)</u> Fonctions : Achats-logistique / Finances / Affaires médicales et DRH / Qualité-relations des usagers / Système d'information / Biologie / Pharmacie / Permanence et continuité des soins Parcours : filière urgence / filière gériatrie/ filière plaies et cicatrisation / filière obstétrique-gynécologie / Filière du patient insuffisant rénal</p> <p><u>Projet EOLE 2024 (fusion) :</u> organiser la fusion avec entre 3 CH du GHT</p> <p><u>CSIRMT de territoire et CMG :</u> Projet médico-soignant partagé 2^{ème} génération Comité territorial des directeurs des soins Politique de soins rédigée <u>Organisation de la journée soignante de Territoire – COPIL territorial de la douleur, de l'escarre...- Journée des cadres du secteur gériatrie et médico-social</u></p> |

Pour faciliter la restitution des entretiens, nous allons présenter l'analyse de l'enquête au travers des thématiques abordées selon chaque catégorie professionnelle entretenue au travers de :

- La place du directeur des soins au sein de la gouvernance ;
- La stratégie managériale du directeur des soins envers l'encadrement ;
- La place de la CSIRMT au sein de la gouvernance et comme outil stratégique de pilotage pour le DS-CGS.

La restitution sera réalisée dans un premier temps au travers de chaque métier interviewé : CS, CSS, DG et DH, PCME puis DS et CGS. Les verbatim illustreront les données recueillies.

3.3.1 Eléments politiques, stratégiques et managériaux

a) La place du directeur des soins au sein de la gouvernance hospitalière

Globalement la fonction de directeur des soins-Coordonnateur général des soins évolue différemment selon les établissements de santé et les modes de gouvernance déployés. Cela dépend de la volonté du chef d'établissement et de la communauté médicale et également de la manière dont le directeur des soins incarnera son rôle et dans quel intérêt ?

Dans le modèle de gouvernance médicalisée avec transfert de toutes les prérogatives du directeur des soins (en dehors de celle liée au coordonnateur général des soins dans la présidence de la CSIRMT et de sa participation au directoire), n'est retenue que « l'aspect politico-stratégique de la fonction et de conseil d'expertise auprès du chef d'établissement et des médecins chefs de pôle et de service. Néanmoins dans une matérialité du quotidien cet aspect de la fonction est nié.

Selon le chef d'établissement du CH1 (établissement témoin) « *le directeur des soins s'inscrit dans un rôle de garantie de la politique de soins et assure un rôle de représentation générale, passant d'un rôle pseudo régalien symbolisé par la notation et la coordination du personnel et des activités paramédicales au contrôle de l'application de la politique de soins articulée avec la politique médicale.* » Pour autant même si le rôle stratégique est affiché, dans une réalité, le directeur des soins n'est pas ou peu sollicité. On constate une disparition du projet de soin paramédical dans les contrats de pôle ce qui questionne l'essence même de la fonction et de la réalité de son influence. Les témoignages des cadres de pôles du CH1 sont édifiants : « le directeur des soins ne sert à rien. Ce doit être difficile pour lui de se sentir inutile. En tout cas pour ce qui nous concerne, nous n'avons pas besoin de lui. »

Réunion cadres de pôle et directeur des soins (CH1)

Le directeur des soins réunit environ toutes les 6 semaines les cadres de pôles autour d'une thématique. Ces réunions ont pour but de construire un lien de collaboration et de confiance. Cependant moins de 40% des protagonistes ont assisté à la réunion. Les postures sont en réserve. Les échanges ne sont liés qu'aux questions posées par le DS et pour lesquelles les réponses sont brèves. Chacun reste sur sa position, presque en défense.

La dynamique collaborative est peu construite. La référence des cadres de pôle demeure le chef de pôle. Pour certains cadres de pôle la relation entretenue avec le directeur des soins est de l'ordre de la défiance, avec l'estime que le directeur des soins s'il intervenait empièterait sur le « pré carré » du pôle. Le travail collaboratif, la démarche participative ne semble pas acquise. On constate une forte concurrence inter polaire avec une quasi-balkanisation des fonctionnements polaires.

Pour la DS-CGS du CH1 « La philosophie de base du projet a dévié. Les médecins ont pris le pouvoir dans une position de quasi-dictature. Les cadres de pôle ne se sont pas rendu compte que leurs prérogatives ont été récupérées par les chefs de pôle. Ils ne sont pas évalués par leur chef de pôle, ils ne sont plus invités aux conférences de chefs de pôle. Désormais les recrutements se font plus sur le mode de la cooptation et sur la capacité de résilience au fonctionnement du pôle et surtout à l'affect. On constate un enfermement des pôles avec le risque d'appauvrissement des échanges et des projets. On perd la capacité de travailler en transversalité. L'identification ne se fait plus à l'établissement mais au pôle. »

Les équipes travaillant en transversalité sont en difficultés. Elles ne sont pas autorisées à interférer avec certains pôles qui préfèrent avoir recours à des expertises externes. Les fonctionnements divergent d'un pôle à l'autre, selon les personnalités.

Réunion cadres- DS : Présentation de la démarche de certification en cours dans l'EPHAD de l'établissement (CH1)

La cadre en charge, expose ses difficultés à intervenir dans les pôles. Elle finit par témoigner que cela devient compliquer pour elle de travailler dans cet établissement. Elle est entravée dans la démarche. Certains pôles lui interdisant l'accès. Elle exprime des propos tenus à son encontre péjoratifs, ces derniers estimant même qu'elle ne doit pas s'immiscer dans leurs organisations. Ils préfèrent payer des sociétés d'audits externes. S'il n'y avait pas la procédure de certification obligatoire, il n'y aurait plus aucun moyen de travailler. »

Le directeur des soins n'est pas non plus autorisé à intervenir directement dans les pôles. Sa saisine relève du chef d'établissement, du directoire ou de la demande des chefs de pôle ou médecins chefs de service. L'auto-saisine du DS doit être, au préalable, présentée en Directoire pour être validée.

Pour le DS-CGS du CH1 « dans le modèle de gouvernance médicalisée partagée, le directeur des soins devient un modérateur des équipes médicales et paramédicales. Il devient le garant du travail en transversalité. Le DS est directeur consultant, expert-conseil. Nous ne validons plus rien, nous ne décidons plus, nous n'avons plus l'autorité hiérarchique. Nous n'avons plus de délégation de signature. Nous avons d'ailleurs rédigé notre charte de délégation de gestion des prérogatives du directeur des soins vers les médecins chefs de pôle ». Cependant l'outil ne contient pas les modalités de contrôle de la délégation. Selon le DH du CH1 « le contrôle se fait par l'intermédiaire des évaluations menées par le DGA référent du pôle. » L'on peut questionner la pertinence et la compétence du dispositif au regard des difficultés qui sont témoignées et observées. L'autre interrogation relève de la responsabilité juridique du directeur des soins dans ce contexte de délégation de gestion. A aucun moment ne sont évoquées les modalités d'évaluation et de contrôle qui permettrait grâce aux indicateurs de piloter et de disposer d'arguments pour piloter la qualité des activités de soins. Aucune politique de soins n'est rédigée, aucun groupe de travail n'est piloté par la Direction des soins.

Dans le CH2 le chef d'établissement positionne le directeur des soins de façon plus conventionnelle dans ses missions réglementaires. Il a également une mission de directeur référent de pôle. Il est tout de même constaté qu'aucune politique de soins paramédicales n'est écrite ni déclinée dans les deux établissements. Le suivi des indicateurs de soins ne sont pas organisés pour servir au pilotage des activités de soins par le DS notamment concernant les sujets transversaux tels que l'élaboration de la politique de suivi des escarres, la politique de suivi des contentions, l'évaluation et le suivi des chutes des patients, la sécurisation des transmissions inter-équipes, la qualité du raisonnement clinique.

Néanmoins au sein des deux établissements le DS-CGS n'a aucun lien de travail construit avec le PCME : pas de rencontre régulière, pas de construction d'une vision commune, de stratégie ou de tactique. Le DS-CGS est en travail continu avec la direction de l'établissement et plutôt avec le DGA. Pour le président de CME du CH1 *« il est essentiel de conserver des liens de collaboration avec le directeur des soins mais je reconnais que nous ne le sollicitons que très peu. Son action s'est beaucoup déployée sur le territoire. Il y a une fonction très stratégique. »* Il est d'ailleurs observé que la coopération médicale et politique inter établissement au sein du GHT est difficile : il n'y a pas de projet médical partagé, la CMG ne se réunit pas. La coopération territoriale est laborieuse et elle existe grâce à la dynamique des directeurs des soins : projet de soin partagé, CSIRMT de territoire, séminaire de territoire, comité des directeurs des soins de territoire.

Le DS du CH1 confirme cette dimension très investie par la direction des soins *« nous avons un rôle essentiel dans la coordination territoriale des parcours de santé.*

Je travaille beaucoup avec les usagers et les partenaires de ville pour améliorer les parcours de soin. J'anime également le comité des directeurs des soins du territoire. Nous organisons des séminaires cadres de territoires, nous travaillons beaucoup avec les instituts de formation et les universités pour développer la recherche. Nous avons par ailleurs au niveau de la direction un protocole de recherche en management en cours. Je trouve que ce modèle de gouvernance médicalisée nous permet de nous dimensionner sur des niveaux plus stratégiques car toute l'opérationnalité a été déléguée aux pôles. Je reste très en soutien de l'expertise clinique notamment au travers de la formation, des protocoles de coopération professionnelle et de la recherche paramédicales. Toutes les démarches de suivi des activités de soins ont été intégrées au sein des sous-commission de la CME. Pour être informée et apporter mon expertise, j'y assiste systématiquement. C'est là que se joue mon rôle de conseil et d'expertise. C'est comme cela que j'ai appris que dans le pôle 8 les fiches de synthèses de sortie IDE ne se faisant plus. J'ai rappelé la norme.»

Nous avons constaté la même dynamique territoriale et de valorisation de l'expertise paramédicale au sein du CH 2 où le DS-CGS exprime « nous avons une implication très forte sur le territoire et sur la valorisation de l'expertise paramédicale. Nous disposons de 18 IPA. Je veille à ce que le codage valorise médico-économiquement l'expertise soignante. Nous travaillons beaucoup au développement de protocoles de coopérations locaux. »

Le DH du CH2 exprime vraiment le besoin de travailler étroitement avec le directeur des soins : « sans lui je ne disposerais pas de la pertinence des situations. Son appui et ses conseils sont essentiels à l'éclairage de nos arbitrages. Il conserve un rôle singulier au sein du CODIR par l'universalité de son expertise et sa vision panoramique. Sa voix est entendue. Il n'y a aucun sujet qui ne le concerne pas. Nous travaillons pour la production des soins. En fait tout va résider dans la subtilité de son positionnement. »

b) La stratégie managériale du CGS à l'égard de l'encadrement paramédical

Si comme nous l'avons évoqué antérieurement l'encadrement supérieur du CH1 témoigne de ne pas avoir besoin de collaborer avec le directeur des soins, les CSS du CH2 partage un témoignage très différent. Le CSS1 du CH2 exprime : « la fonction de directeur des soins est essentielle pour l'adaptation des organisations, l'analyse critique des situations. Ses conseils, son aide méthodologique et son soutien me sont indispensables. C'est notre collaboration et nos partages qui nous permettent de conduire les projets, d'accompagner et d'orienter nos actions et surtout de faire face aux difficultés. »

Par ailleurs ce sentiment est partagé par le CS1 du CH2 : « pour moi le directeur des soins est indispensable, ce doit être un soignant. Rattaché l'autorité hiérarchique au médecin chef

de pôle est un non-sens. Les médecins ne comprennent rien au travail des soignants paramédicaux. Les médecins « managent » à l'affect, quand vous leur dites non, ils entrent en opposition. Il y a besoin du directeur des soins pour arbitrer et prendre des décisions avec distance, recul et sens. Il a la vision globale. » Le CS2 du CH1 exprime que : « Le directeur des soins c'est le garant de notre cohésion. C'est lui qui nous apporte une vision stratégique. J'ai besoin de le rencontrer pour échanger avec lui, j'ai besoin de ses conseils. C'est celui qui connaît notre travail et nos contraintes. »

Au travers de ces premiers témoignages nous remarquons de la part des cadres de santé un besoin d'appartenance et de sécurité apportée ou du moins attendue par la direction des soins. Les différentes observations participantes réalisées sur les deux CH montrent deux dynamiques de groupes très différentes selon le modèle de gouvernance et les catégories professionnelles.

Sur le CH1 les cadres supérieurs ne participent pas aux ateliers cadres, sont peu présents aux réunions cadres supérieurs de pôle et directeur des soins. Il n'y a pas de fluidité dans les échanges, l'expression est retenue, on constate une certaine hauteur dans la position et une défiance des CSS à l'encontre du DS. Le CCS2 du CH1 précise que « *pour moi le directeur des soins doit prendre la charge de toute la partie territoriale, comme faire le lien avec les autres établissements, avec les partenaires de ville etc..., en interne il n'a plus d'espace à prendre. »*

C'est inversement proportionnel dans le CH2 où le directeur des soins dispose de l'autorité hiérarchique sur les CSS.

Réunion CSS et DS-CGS (CH2)

L'ensemble des CSS sont présents. La dynamique collaboratrice est manifestement exprimée : les échanges sont libres et interactifs (un ensemble de questions et de réponses sont formulées sur les thèmes abordés). La parole est partagée. L'expression des professionnels est respectée, les professionnels font preuve d'écoute quand la parole est prise. Les désaccords sont exprimés avec argumentation. L'information est à la fois ascendante et descendante. Il y a une réelle volonté de partage et de coopération entre les pôles, entre le DS et les CSS.

Dans le CH2 les CSS sont reçus chaque semaine individuellement ce qui permet d'arbitrer certaines situations et de partager les avis. On note que l'autorité et l'influence du DS est posée. Les directeurs des soins sur les deux établissements mènent une politique d'animation de l'encadrement. Pour autant le projet managérial dans le CH1 n'est pas écrit ce qui pose des difficultés de pilotage et d'accompagnement voir de recadrage de certaines postures inadaptées et contre performantes. Le CS1 du CH1 exprime « *c'est grâce au directeur des soins que nous nous sentons être un collectif.*

Moi je ne me sens pas à l'aise dans cette compétition inter polaire. Il y a quasiment une omerta, un cloisonnement fort qui ne nous permet pas de nous rencontrer et de travailler ensemble. Si la directrice des soins ne nous réunissait pas, nous serions totalement isolés. » Le CS2 du CH1 précise que : « *la CSIRMT ou les tables rondes des cadres me permettent de participer et d'avoir des informations institutionnelles. En plus cela nous décloisonne et nous permet de travailler avec des collègues des autres pôles. J'aime bien participer à des missions transversales. Cela me permet de mieux comprendre les enjeux de l'établissement. Il est souvent difficile de recevoir les informations dans le pôle. Il y a un manque de remontée d'infos sur les groupes de travail institutionnels ou inter polaires. »*

Le DS-CGS du CH1 exprime que « *le modèle de gouvernance médicalisée » doit disposer d'un mode de régulation fort. Notre dispositif présente des dérives aujourd'hui. C'est un modèle exigeant qui demande de la stabilité et des moyens. L'hégémonie des pôles est une entrave aux projets transversaux. Cela a fait partir un certain nombre de médecins. Les cadres de proximité sont en souffrance et pâtissent des dysfonctionnements actuels. Leurs propos sont explicites : nous sommes des exécutants, il n'y a pas de débat, nous n'avons aucune autonomie. Nous observons depuis 2017 des difficultés de recrutement médical et paramédical. »* Cela fait d'ailleurs écho aux propos du CS1 du CH2 « *Les médecins ne sont pas reconnaissants du travail du cadre de santé alors qu'ils le sollicitent fortement. Leur confiance est difficile à gagner et très facile à perdre. C'est très ingrat. Et pourtant un chef de service et un cadre de santé doivent travailler ensemble car ils ont les mêmes responsabilités et les mêmes objectifs : dispenser un soin d'excellence répondant au besoin des patients et organiser les soins dans des conditions de travail favorisant le bien-être et le sentiment d'efficacité personnelle. »* Pour le CS1 du CH1 « *les médecins ne connaissent pas le fonctionnement des paramédicaux. Ils ne prennent pas assez en compte nos idées. Il faut parfois beaucoup de stratégie pour finir par être entendu. Finalement nous avons peu d'autonomie. Il y a un manque de transmissions d'information par les médecins. Nous ne participons pas aux décisions finalement. Après cela dépend de la personnalité du chef de service ou du chef de pôle. »*

Le rapport à l'autorité est ressenti variablement. Pour autant le besoin de prendre part aux décisions, d'être entendu dans les propositions de réorganisation, d'être informé est un enjeu majeur pour engager les acteurs et mettre du sens au travail. Manifestement l'empowerment des paramédicaux ne fait pas consensus au sein du CH1. L'autorité des CSS et des médecins sont relativisés à l'aune des expertises. Pour le CS1 du CH1 « *Les cadres supérieurs ont un rôle de cohésion et de chef d'orchestre. Ils doivent porter la cohésion et développer la solidarité du groupe cadre de leur pôle. Ils ne doivent pas nous considérer comme des sujets appliquant une succession d'ordres. Ils doivent défendre ce dont nous avons besoin, ils doivent aussi savoir dépasser le discours médico-économique.*

Nos patients n'ont pas changé, ils ont les mêmes maladies et les mêmes besoins de prise en charge. Le problème c'est qu'ils ne sont pas experts de chaque service. C'est le cadre qu'il est. Et quand ils parlent à notre place je ne suis pas sûr qu'ils soient en capacité d'argumenter notre demande. »

On peut émettre l'hypothèse que pour le CH1 il y a un enjeu de déployer le principe de subsidiarité ainsi que la démarche participative au niveau des services de soins. Le projet managérial doit peut-être instituer une forme de fédération de service au sein du pôle, construire un modèle de démocratie managériale où la décision est prise par une assemblée collégiale.

Au sein du CH1 le besoin d'être représenté et sécurisé par la direction des soins est clairement exprimé par le CS2 du CH1 *« la direction des soins ne représente plus les cadres - ne défend plus les cadres. Nous avons besoin d'arbitrage, nous avons besoin de rencontrer notre direction pour échanger sur nos expertises métier. La CSIRMT doit nous aider à ça. Maintenant elle ne sert à rien. Parfois je me demande à quoi je sers, finalement je ne décide pas, j'ai l'impression d'être le maître d'œuvre des décisions des médecins et du CSS et cela ne correspond pas à ce qu'il me semble être ma place. »*

En résumé le directeur des soins est attendu comme arbitre, expert et pilote. Il doit garantir l'accès à l'information, conduire une cohésion et la solidarité du groupe et garantir le travail collaboratif en transversalité. Son autorité et son expertise sont attendus en soutien du groupe cadre de proximité.

c) La place de la CSIRMT au sein de la gouvernance et comme outil stratégique de pilotage pour le DS-CGS

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique est une instance consultative règlementaire. Sa présidence et son animation relève du domaine spécifique du directeur des soins. Selon le DG du CH1 *« la CSIRMT a été mise en sommeil. Elle ne se dimensionne plus dans un objectif politique mais comme un lieu d'échanges techniques. »*

Ainsi son rôle de participation à la gouvernance au travers de ses avis n'est pas réalisé. Au sein du CH2, la CSIRMT n'est pas non plus considérée comme un outil de gouvernance et d'intégration des paramédicaux à la gouvernance. Sur 30 élus, seuls 4 à 5 personnes se déplacent. La direction et la CME n'ont pas investi l'instance. Même si le PCME du CH2 enjoint à l'intégration des professionnels paramédicaux dans les projets: *« pour moi les professionnels paramédicaux doivent impérativement être associés aux différents*

processus de concertation, le travail doit rester collectif. Mais nous n'avons pas besoin d'intégrer la CSIRMT pour cela. L'espace privilégié reste le pôle ou le service. »

Cette vision est restrictive, le sentiment d'appartenance, le besoin de transversalité et de décloisonnement, de participer à un développement collectif ne peut se réaliser en restreignant l'action au service ou au pôle. Finalement le leadership soignant n'est pas reconnu dans aucun de ces deux établissements. L'accompagnement de l'empowerment soignant est volontairement nié au sein du CH1 et réduit au sein du CH2.

Observation participante - CSIRMT – Réunion plénière – CH1

Lors de la présentation de l'avancée des travaux de groupe pour l'écriture du projet d'établissement 2023-2028, un membre élu de la CSIRMT prend la parole et interroge la pertinence du modèle choisi. « J'ai écouté attentivement l'articulation et le contenu de votre présentation mais je ne vois pas de projet de soin. C'est très bien et très ambitieux mais pour moi cela ne veut rien dire. Tout est tellement confondu que cela ne ressemble à rien pour moi. Vous avez oublié de parler du soin, vous oubliez le cœur même de nos expertises. Qu'est-ce que cela veut dire un projet médico-scientifique ? Finalement qui participe à l'écriture du projet d'établissement. Pourquoi nous membres élus de la CSIRMT ne sommes-nous pas conviés à y participer ? »

La politique des soins et de stage, le projet de soin est porteur de sens et représente la ligne directrice des actions à mener. Il permet d'orienter les projets et de construire ensemble les organisations de soins et le développement des expertises professionnelles qui sont en lien. En revanche ce doit être compréhensible et accessible. Dans les deux établissements les projets d'établissements ne posent pas explicitement la part soignante. L'écriture et la sémantique utilisée ne font pas sens pour les équipes professionnelles de proximité.

Même si la CSIRMT n'est pas mobilisée par la direction ou la présidence de la CME, lors du processus de vote aux instances du projet de fusion du CH2, l'ARS a exigé de disposer de l'avis des CSIRMT de site sur le projet de fusion et le projet médico-soignant partagé, élément de la convention constitutive du GHT. La CSIRMT a donc réellement une place à prendre dans la gouvernance hospitalière mais la mobilisation des acteurs reste difficile.

Enfin les deux directions des soins n'associent pas les usagers au sein de leur CSIRMT ; beaucoup d'actions sont orchestrées en dehors de la CSIRMT (réunion, journée territoriale, séminaire, groupes de travaux...) et de ce fait ne valorise pas l'instance. La direction des soins du CH1 et du CH2 ne réalisent pas de bilan d'activité.

3.3.2 Les facteurs d'influence

Nous avons identifié des facteurs de réussite et des freins au développement du partenariat entre les acteurs du soin et de la gouvernance hospitalière.

a) *La qualité du discours comme vecteur d'influence et d'exemplarité*

Collaborer c'est d'abord se comprendre et se faire confiance. Il ne peut y avoir d'innovation managériale sans décloisonnement et pluridisciplinarité. L'ouverture à l'autre passe par l'acceptation de sa singularité et de son expertise et par le partage des visions et des actions et par l'écoute sincère qu'on lui accorde. Le modèle de gouvernance médicalisée est un modèle qui permet un décloisonnement médico-administratif, en cela il est innovant et en cela il répond aux enjeux d'autonomie, de flexibilité et de performance. Cependant il nie la singularité et l'expertise soignante paramédicale au profit de l'expertise médicale. Il ne s'agit pas là d'une avancée, ni d'une innovation ni d'une disruption mais d'un repli. Avec le recul des 15 ans de mise en place de cette gouvernance des éléments semble manquants et notamment dans la démarche d'évaluation. L'objectivation des mécanismes de dysorganisation est un point d'étape nécessaire. Il a manqué dans la construction du projet managérial la garantie d'un fonctionnement en transversalité.

Le discours véhiculé au sein de ces établissements est très marqué par l'aspect médico-économique. Il ne porte pas le sens, l'identité et les valeurs professionnelles soignantes paramédicales. Nous nous trouvons presque dans la typologie de la novlangue managériale décrite par Agnès Vandeveld-Rougale où le langage est emprunté au modèle néo-libéral. Elle est porteuse d'une idéologie managériale qualifiée de gestionnaire qui considère l'humain comme une ressource au service du profit, un capital à faire fructifier : de sujet, le professionnel devient objet. Le discours managérial peut être « appréhendé au travers de normes établissant un idéal de gestion organisationnelle, d'une littérature managériale définissant pratiques et outils de gestion, d'une communication interne ou externe de l'organisation donnant d'elle-même une représentation idéale. Il remplit une triple fonction : idéologique, en véhiculant les valeurs des dirigeants ; symbolique, comme signe du pouvoir ; pragmatique, en tant qu'outil d'influence du comportement des acteurs internes et externes de l'organisation. » (34) Elle promeut la responsabilité individuelle, impose un culte de la performance, avec les valeurs de la productivité et de l'excellence ; elle exige la flexibilité où être polyvalent et adaptable est un critère d'employabilité. « Le positivisme, l'utilitarisme et l'objectivisme dont elle est imprégnée participent au mal-être au travail en réifiant les individus. » (35) En questionnant la direction sur le sentiment de malaise vécu par les cadres de santé, sur l'objectivation du discours véhiculé dans le journal interne de l'établissement et sur le fait que depuis 2017 le recrutement devient difficile tant chez les soignants que chez les médecins, le DH du CH1 avoue « *nous sommes peut-être*

allés trop loin dans le discours médico-économique. » Le modèle est emprunté au secteur privé. Depuis 2017 il n'y a pas eu d'intégration dans la fonction publique hospitalière. Les contrats sont des CDI.

Pour autant la dynamique interne des pôles reste forte avec des initiatives locales porteuse de sens et permettant aux soignants des initiatives comme l'utilisation de techniques appartenant aux médecines douces dont l'aromathérapie et la sophrologie. Mais globalement à l'échelle de l'établissement la philosophie du soin, le portage de l'art du soin (expertise de l'infirmier dans le cadre de son rôle propre) est négligé. La satisfaction et la valorisation de son exercice se fait par procuration sur une échelle de prestige centrée sur les services rentables, les pôles bénéficiaires, l'hyper technicité, les IDE de spécialités comme la réanimation, les IDE spécialisés (IADE, IBODE, IPDE), les IPA, la médecine de pointe.

b) L'inclusion de l'utilisateur partenaire en soin au sein de la direction des soins

C'est un levier essentiel pour le pilotage de la qualité des soins et l'amélioration du parcours de santé du patient. Le DS du CH1 s'en est largement saisi. Il témoigne de l'importance pour lui de collaborer avec les usagers et les professionnels des autres secteurs (médico-social et ville). *« Pour le parcours du patient handicapé nous nous réunissons tous ensemble médecins, soignants, cadres de l'hôpital, du secteur médico-social et quelques usagers pour construire nos outils et nos parcours dans l'établissement mais en partant du lieu de vie. C'est d'une richesse incroyable. Cela permet à tout le monde de se saisir des contraintes et des possibles de chacun. Nous sommes vraiment dans une approche du « aller vers ». Pour moi intégrer l'utilisateur dans ma dynamique est un moyen d'entrer dans les pôles et d'allier le territoire. Cela me donne une légitimité de travailler sur les organisations des soins que je n'avais plus. »*

Cependant le patient partenaire n'est pas intégré dans tous les processus de décision notamment dans l'amélioration continue du choix des dispositifs médicaux et des mobiliers. Le représentant des usagers du CH1 témoigne son désarroi : *« nous avons rédigé un projet des usagers mais qui s'en soucie ? Je regrette que nous ne soyons pas davantage intégré dans les choix d'investissement de matériels biomédicaux, dans le choix des mobiliers hôteliers ainsi que dans l'évaluation des pratiques de soins. C'est si important la qualité du sommeil pour se rétablir. Les matelas et les oreillers sont de mauvaise qualité. Je suis également navrée par la qualité du raisonnement clinique des soignants. J'étais dans un service pour rendre visite à un proche la semaine dernière. Lorsque j'ai demandé pourquoi le patient était transfusé : la réponse fut je ne sais pas c'est prescrit. Là c'est un exemple mais c'est toujours ainsi. Nos soignants appliquent une succession d'actes sans faire de liens. »*

Le partenariat désigne une relation strictement égalitaire, où chaque partie assume sa part de responsabilité et met au service de l'autre son expertise. Les décisions sont prises en commun, les risques sont assumés ensemble, chacun étant reconnu dans les compétences qui sont les siennes. Il faut pour cela une participation ou une collaboration active dans la réciprocité et la confiance. Il doit y avoir de l'altérité dans la relation. Sur un plan micro, c'est un impératif interhumain, interdisciplinaire, sur un plan méso c'est un travail collectif dans les unités, en inter-unités, transdisciplinaire, tout autant que sur un plan macro où il en va du devenir de nos systèmes de santé.

Au niveau stratégique, il s'agira de valoriser la co construction d'un projet des usagers de territoire et de l'inclure au niveau local dans le projet d'établissement, dans le projet médico-soignant ou le projet de soins en déclinant un axe stratégique sur l'engagement patient, le partenariat patient ainsi que le partenariat avec les représentants des usagers. Les principes fondateurs du partenariat en santé sont **la coopération** où tout le processus du soin est partagé et co élaboré avec le patient et/ou son pair aidant au sein d'un dialogue, dans la complémentarité des savoirs ; **une éthique du « care »** où le partenariat patient se fonde sur « l'intention d'une éthique de la relation » dans le souci de la singularité du sujet, soignant comme soigné ; **une démarche pragmatique** où il s'agira de créer des organisations propices au travailler ensemble. Le directeur des soins doit reconnaître la place des représentants des usagers en leur permettant de participer activement à la vie hospitalière notamment en mettant en valeur leurs projets et actions en CSIRMT, en invitant les représentants des usagers à des groupes de travail sur divers sujets comme les droits des patients, la prise en charge de la douleur, des escarres, la nutrition, la prise en charge des troubles de la déglutition...

c) *Le management par le « care »*

Le management par le « care » à l'hôpital présente plusieurs enjeux majeurs, qui touchent à la fois la qualité des soins, le bien-être des professionnels de santé, et l'efficacité globale de l'organisation. Voici les principaux enjeux :

- ✓ **Un enjeu d'amélioration de la qualité des soins** car en plaçant l'empathie et l'éthique au cœur du management, le « care » favorise une meilleure compréhension des besoins des soignants, ce qui peut se traduire par une attention accrue envers les patients. Un personnel soignant écouté et soutenu est plus à même de fournir des soins de qualité, en accordant le temps et l'attention nécessaires à chaque patient.
- ✓ **Un enjeu de réduction du turnover et de l'absentéisme**, en se concentrant sur le bien-être des professionnels, le management par le « care » peut contribuer à

réduire le désengagement, le burnout, et donc le turnover par le principe de prévention et de diminution du mal-être au travail en prenant en compte la charge émotionnelle et cognitive des soignants. En offrant un soutien approprié, l'hôpital peut maintenir un personnel en meilleure santé mentale et physique. Les soignants qui se sentent soutenus et valorisés sont plus susceptibles de rester dans leur poste et d'être plus présents au travail.

- ✓ **Un enjeu dans le renforcement de la cohésion d'équipe**, cette approche encourage la solidarité, la collaboration, et le soutien mutuel, renforçant ainsi la cohésion d'équipe. Des équipes soudées et collaboratives sont plus efficaces et résilientes face aux défis quotidiens de l'hôpital.
- ✓ **Un enjeu dans la diminution des conflits internes**, le focus sur l'écoute active et la compréhension des préoccupations individuelles permet de prévenir et de résoudre plus efficacement les conflits internes. Cela réduit les tensions au sein des équipes, créant un climat de travail plus serein et augmente la satisfaction au travail.
- ✓ **Un enjeu dans l'adaptation au changement**, l'hôpital est un environnement en constante évolution, où les contraintes budgétaires, les nouvelles technologies et les réformes de santé imposent des changements fréquents. Un management centré sur le « care » facilite l'adaptation à ces changements en soutenant les soignants dans les périodes de transition, réduisant ainsi les résistances.
- ✓ **Un enjeu dans la promotion d'une culture de la confiance et du respect**, où l'un des enjeux est de cultiver une atmosphère où la confiance et le respect sont primordiaux. Cela aide non seulement à améliorer les relations interpersonnelles, mais aussi à instaurer un cadre propice à l'innovation et à l'amélioration continue des pratiques.
- ✓ **Un enjeu dans le développement des compétences émotionnelles et sociales** dont l'autre enjeu est de favoriser le développement des compétences émotionnelles et sociales chez les cadres et les soignants. Cela permet une meilleure gestion des situations de stress et améliore la communication au sein des équipes, conduisant à un environnement de travail plus harmonieux.
- ✓ **Un enjeu dans le soutien dans les décisions éthiques** où dans un cadre hospitalier, les décisions éthiques sont fréquentes et souvent complexes. Le management par le « care » peut aider à créer un environnement où ces décisions

sont prises en tenant compte des valeurs humaines et du bien-être de tous les acteurs impliqués.

En somme, le management par le « care » à l'hôpital vise à humaniser la gestion, à promouvoir le bien-être des soignants et à améliorer la qualité des soins, tout en répondant aux défis organisationnels actuels. Il constitue une approche équilibrée, permettant de concilier efficacité opérationnelle et respect des valeurs humaines dans un contexte de santé exigeant.

L'enjeu pour le directeur des soins est de produire un management authentique qui participera au pouvoir d'influence qu'il devra déployer pour conduire ses missions. Avec la transformation numérique, le désengagement des soignants, la défiance à l'autorité, la tentation du repli, les incertitudes, les contraintes budgétaires, le quotidien des cadres de santé est devenu complexe. La charge émotionnelle, mentale, informationnelle, attentionnelle, posturale liée au rôle, la charge de travail, la charge cognitive, sont autant de risques de mal être du cadre hospitalier. Le management par le « care » est une approche managériale centrée sur l'empathie, l'éthique, l'attention et le souci du bien-être des individus au sein d'une organisation. Ses principes fondateurs reposent sur la reconnaissance des besoins émotionnels et sociaux des professionnels, ainsi que sur l'importance de créer un environnement de travail favorable à l'épanouissement personnel et professionnel. Cette approche met l'accent sur l'écoute active, la compréhension des préoccupations individuelles et la création d'une culture organisationnelle basée sur la confiance, la solidarité, l'humilité, la collaboration et le soutien mutuel. Le management par le « care » encourage également le développement des compétences émotionnelles chez les gestionnaires, favorisant ainsi des relations interpersonnelles positives et une meilleure qualité de vie au travail. C'est appliqué au management les valeurs du « care » appliquée dans le soin. Cependant il engage à la lutte contre les positions dogmatiques, abusives et contreproductives. Le management par le « care » nécessite le repositionnement, la lutte contre les positions déviantes, la pose d'objectifs et le cadrage des attendus.

3.3.3 Point de vigilance

a) La gestion du temps

La gestion du temps est un enjeu fondamental dans le domaine de la santé, particulièrement pour les cadres de santé et les soignants. L'évolution des organisations de santé, marquée par une complexification croissante et une augmentation des périmètres d'action, pose des défis significatifs en matière de gestion du temps. À mesure que les responsabilités des soignants s'élargissent, incluant la gestion de plusieurs sites d'exercice, la pression temporelle devient un obstacle majeur à la qualité des soins. Le temps, une

ressource pourtant limitée, est mis à rude épreuve dans un environnement où les tâches administratives et la coordination interdisciplinaire prennent de plus en plus de place.

Jean-François Delfraissy souligne avec pertinence que la gestion du temps est l'un des enjeux cruciaux pour l'avenir des soins de santé. Selon lui, la rationalisation des organisations est indispensable pour redonner du temps aux soignants, permettant ainsi une meilleure prise en charge des patients. Cette affirmation reflète une réalité partagée par de nombreux professionnels de santé : le temps consacré directement aux patients se réduit, au profit de tâches secondaires, mais néanmoins indispensables au bon fonctionnement des établissements de santé.

Face à cette problématique, plusieurs stratégies peuvent être envisagées pour optimiser la gestion du temps. D'abord, l'amélioration des outils de gestion et de planification permettrait de mieux répartir les tâches et de minimiser les pertes de temps inutiles. Par exemple, l'adoption de systèmes informatiques performants pour la gestion des dossiers médicaux et la coordination des soins peut réduire le temps consacré à la recherche d'informations ou à la communication entre les différentes parties prenantes.

Ensuite, la délégation de certaines tâches administratives ou techniques à des personnels spécifiquement formés pourrait libérer du temps pour les soignants. Cette approche, déjà adoptée dans certains établissements, permet aux infirmiers et aux médecins de se concentrer sur leur cœur de métier : le soin aux patients.

Enfin, une réflexion sur l'organisation du travail et les pratiques professionnelles est nécessaire. Cela inclut une révision des processus de travail pour les rendre plus fluides et plus efficaces, ainsi qu'une meilleure synchronisation des différentes équipes. Par exemple, l'instauration de réunions de coordination régulières, mais limitées dans le temps, pourrait améliorer la communication et éviter les doublons ou les malentendus.

En somme, la gestion du temps dans les établissements de santé est un défi complexe, mais crucial pour assurer la qualité des soins. Elle nécessite une approche multidimensionnelle, alliant technologie, organisation du travail et délégation des tâches. Redonner du temps aux soignants, c'est leur permettre de se consacrer pleinement à leur mission première : le soin des patients. Ce défi, bien que de taille, est indispensable pour répondre aux exigences croissantes du secteur de la santé tout en préservant le bien-être des soignants et des patients.

b) *La convergence médico-soignante et soignant-soignant*

Ces deux points sont fondamentaux. La convergence médico-soignante désigne l'effort collaboratif entre les médecins (médico) et les soignants (infirmiers, aides-soignants, etc.) dans la prise en charge des patients. Elle vise à intégrer les expertises médicales et soignantes de manière coordonnée pour offrir des soins holistiques et continus, répondant à la fois aux besoins médicaux, psychologiques, et sociaux des patients. La convergence soignant-soignant concerne la coopération et l'harmonisation des pratiques entre les différents membres de l'équipe soignante (infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, etc.). Elle vise à assurer une continuité et une cohérence dans les soins apportés, ainsi qu'à optimiser les interactions et les partages d'informations entre les professionnels pour maximiser la qualité des soins prodigués.

Les Enjeux de ces convergences sont prégnants **pour garantir la qualité et la continuité des soins** car elle permet d'assurer une prise en charge globale du patient en intégrant les perspectives médicales et soignantes. Cela garantit une meilleure continuité des soins, évitant les ruptures ou les doublons dans le traitement et le suivi du patient ; **pour permettre la coordination interdisciplinaire** où la collaboration entre les acteurs du soin renforce la coordination des soins, en permettant une meilleure répartition des tâches et une communication plus fluide. Cela conduit à une prise de décision plus rapide et plus pertinente, au bénéfice du patient ; **pour assurer une prise en charge holistique** en combinant les expertises médicales et soignantes, la convergence permet une approche globale du patient, tenant compte de ses besoins physiques, psychologiques, et sociaux. Cette approche multidimensionnelle est essentielle pour améliorer le bien-être des patients et la qualité des soins ; **pour réduire les risques médicaux** en assurant une meilleure communication et une coordination accrue entre médecins et soignants permettent de réduire les erreurs médicales, notamment les erreurs de médication ou les malentendus dans les protocoles de soins ; **pour améliorer la satisfaction des patients et des professionnels** en facilitant une prise en charge plus cohérente et mieux adaptée, ce qui améliore la satisfaction. De même, les professionnels de santé trouvent plus de sens et de cohérence dans leur travail, ce qui contribue à leur satisfaction et à leur engagement ; **pour favoriser la cohérence des soins** par l'harmonisation des pratiques au sein des équipes de soins, garantissant ainsi une cohérence dans les interventions auprès des patients. Cela évite les contradictions et les variations de pratiques qui pourraient nuire à la qualité des soins ; **pour optimiser une communication** fluide et régulière entre les soignants est essentielle pour assurer une bonne coordination des actions, notamment lors des changements d'équipe ou des transferts de patients. Cela permet de minimiser les pertes d'information et les erreurs de prise en charge ; **pour améliorer l'efficacité opérationnelle** en permettant une meilleure répartition des tâches et une optimisation des ressources.

Chaque soignant peut ainsi se concentrer sur ses compétences spécifiques, tout en s'appuyant sur le soutien et la complémentarité des autres membres de l'équipe et de l'appui des directions fonctionnelles qui deviennent support au service de la production de soins ; **pour renforcer l'esprit d'équipe** car en travaillant en convergence cela renforce l'esprit d'équipe et la solidarité entre les soignants. Cela crée un environnement de travail capacitant plus collaboratif et plus harmonieux, réduisant les tensions et les conflits potentiels ; **pour former et développer les compétences** en encourageant le partage de connaissances et d'expertises entre les membres de l'équipe (analyse de pratiques professionnelles, partage des projets...). Cela favorise un apprentissage continu et le développement des compétences, essentiel pour maintenir une haute qualité de soins.

La convergence médico-soignante à l'hôpital est cruciale pour offrir des soins de qualité aux patients. Elle implique une collaboration étroite entre les médecins et les soignants, favorisant la communication, la coordination et l'intégration des expertises. Cette approche permet de garantir une prise en charge holistique des patients, en tenant compte à la fois de leurs besoins médicaux et de leurs besoins en matière de soins et de soutien émotionnel. Dans ce contexte, le rôle du directeur des soins est fondamental. Il agit en tant que catalyseur de cette convergence, en encourageant la coopération entre les équipes médicales et paramédicales. En facilitant les échanges d'informations et en promouvant une culture d'interdisciplinarité, et de complémentarité des expertises, le directeur des soins contribue à créer un environnement propice à la collaboration en transversalité sur l'ensemble de l'établissement et sur le territoire. Il veille à ce que les protocoles de coopération professionnelle participent au partage et au développement des compétences pour la dispense d'un soin d'excellence. Il encourage la création d'organisations de soins associant les contraintes du temps médical et du temps paramédical. Il doit encourager les temps d'échanges et de partages sur les processus de travail, sur les projets thérapeutiques des patients pris en charge. Ce faisant, le directeur des soins favorise une convergence médico-soignante efficace, améliorant ainsi la qualité des soins dispensés aux patients et renforçant la satisfaction des équipes médicales et paramédicales.

c) La parcellisation des métiers

La parcellisation des métiers dans le domaine de la santé est un phénomène de plus en plus marqué, résultant de plusieurs facteurs convergents. Les avancées technologiques, les préoccupations écologiques, la raréfaction des ressources, ainsi que les évolutions dans l'organisation et la régulation du système de santé, transforment profondément les pratiques professionnelles et la manière dont les soins sont dispensés. Cette hyperfragmentation des métiers a eu un impact majeur sur la structuration des compétences au sein des professions de santé, créant des silos de spécialisation qui, bien que nécessaires

pour répondre à des besoins spécifiques, posent également des défis en matière de coordination et de continuité des soins.

La parcellisation, ou l'hyper-fragmentation, se manifeste par une division accrue des tâches et des rôles au sein des équipes soignantes. Chaque professionnel est de plus en plus spécialisé dans un domaine précis, ce qui peut conduire à une expertise pointue mais également à une vision restreinte de la prise en charge globale du patient. Ce morcellement des métiers, s'il répond à la complexité croissante des soins médicaux, pose des défis majeurs en termes de communication et de coordination entre les différents acteurs de la chaîne de soins.

Dans ce contexte, le changement de paradigme qui met désormais l'accent sur la prévention en santé publique, la coordination des parcours de soins, et la coopération interprofessionnelle, exige une révision de cette approche fragmentée. Les professionnels de santé sont de plus en plus appelés à développer une vision globale et territoriale de la prise en charge, dépassant les frontières de leurs spécialités pour adopter une approche plus intégrée et coordonnée des soins.

Ce changement est particulièrement crucial dans un environnement où les patients, mieux informés et plus exigeants, demandent des soins plus personnalisés et continus. L'organisation actuelle, centrée sur une hyperspécialisation, peut parfois conduire à une déconnexion entre les différents soins prodigués, nuisant ainsi à la qualité globale de la prise en charge. Par conséquent, il devient essentiel de repenser l'articulation des métiers de la santé pour favoriser une meilleure complémentarité des compétences et des pratiques.

Enfin, la gestion de cette parcellisation des métiers doit également tenir compte des évolutions sociologiques et des comportements des patients et usagers. Les attentes croissantes en matière de qualité des soins, de transparence, et de participation aux décisions de santé imposent une adaptation continue des pratiques professionnelles. Les professionnels de santé doivent non seulement répondre aux besoins médicaux des patients, mais aussi les accompagner de manière globale, en tenant compte de leurs contextes sociaux, psychologiques, et économiques.

En somme, la parcellisation des métiers de la santé, bien qu'elle soit une réponse à la complexité croissante du secteur, nécessite une révision profonde pour s'adapter aux nouveaux défis du système de santé. Le directeur des soins, en tant que leader et facilitateur de cette transformation, joue un rôle clé dans la création d'une organisation de soins plus intégrée, cohérente et centrée sur le patient. Cela va nécessiter pour le directeur

des soins d'accompagner ces changements et de favoriser le travail en réseau et l'autonomie professionnelle, de même que l'articulation des complémentarités.

Pour Corinne Grenier, il s'agit là de la « *capacité de tout professionnel à avoir un regard critique sur ce qu'il doit faire. C'est la part de réflexion éthique dans le métier, individuelle et collective.* » La dimension de la relation à l'autre devient de plus en plus cruciale dans un contexte d'hyper technicisation, d'hyper numérisation des dispositifs : la relation et les valeurs humanistes et du « care » doivent rester au cœur du soin.

3.4 Synthèse

La médicalisation de la gouvernance pose la question des équilibres. La déconcentration et la décentralisation de 95% des prérogatives aux responsables des pôles est en soi une innovation managériale d'envergure et d'importance répondant aux exigences de la flexibilité, de la performance et de l'empowerment médical. Elle fait ses preuves en termes de dynamique de projet mais a enfermé les pôles dans un phénomène de repli avec des mécanismes de dysorganisation et de pouvoir manifeste. L'objectif de départ du créateur du modèle s'est inversé et la rigidité du pouvoir s'est reproduit sur chaque pôle. Peut-être a-t-il manqué d'un système d'évaluation performant ? Peut-être aurait-il été plus pertinent de supprimer la fonction les cadres soignants de pôle et de positionner le directeur des soins en lien direct avec les cadres de proximité et les médecins au niveau du pôle et du service ? A ce jour les médecins chefs de service et chef de pôle ne sont pas évalués sur leur rôle de manager. La culture de l'évaluation des fonctionnements collectifs notamment au travers de l'évaluation à 360 est une option à envisager. Était-il justifié de diminuer l'autonomie des professionnels paramédicaux en les subordonnant davantage aux décisions médicales ? Cette évolution représente-t-elle un recul ou un véritable changement de paradigme dans la gestion des soins ? Cette transformation constitue-t-elle une opportunité pour les gouvernances hospitalières en matière de management ? Quel est le rôle et la place de la Direction des Soins dans ce nouveau contexte ?

Ainsi nous nous sommes interrogés en ces termes :

« En quoi les évolutions récentes de la gouvernance hospitalière, notamment dans sa médicalisation, amènent le Directeur des Soins à redéfinir ses stratégies managériales vis-à-vis des acteurs de la gouvernance mais également vis-à-vis de l'encadrement soignant et de la communauté paramédicale pour maintenir une identité professionnelle commune, un sentiment d'appartenance et une cohérence dans l'action de soin ? »

Quatre sous-questions se dégagent :

- 1) Dans ce contexte une politique de soins peut-elle suffire à soutenir l'expertise clinique et managériale des professionnels paramédicaux ?

- 2) De quelle manière s'assurer que les besoins et perspectives des patients soient intégrés de manière significative dans les processus décisionnels ?
- 3) En quoi l'exercice de la délégation de gestion au corps médical, nécessite pour l'encadrement soignant des repères transversaux à l'établissement ?
- 4) En quoi la notion de parcours nécessite un travail en partenariat, décloisonné où la décision est partagée ?

Dans la situation d'une gouvernance médicalisée déconcentrée avec transfert de l'autorité hiérarchique et des prérogatives du directeur des soins au médecin chef de pôle, garantit-on l'empowerment paramédical et l'expertise du « cœur de métier » ?

Notre exploration bibliographique essaie de contextualiser le sujet en retraçant dans un premier temps l'évolution contemporaine de la gouvernance hospitalière et de sa structuration par le biais des enjeux de performance et le jeu des influences. L'hôpital est une bureaucratie professionnelle, disposant d'une place prédominante dans le système de santé qui a dû se transformer, s'ouvrir sur son territoire, s'intégrer comme une étape du parcours de santé de l'utilisateur et non l'inverse et passer d'une culture de moyens à une culture de résultats avec un principe central de recherche d'efficacité et de responsabilisation. Le discours médico-économique a envahi le champ du soin, la culture entrepreneuriale et le new management public ont pris l'ascendant sur le pilotage des établissements de santé public, peut-être au détriment de la philosophie du soin et de ses principes fondateurs que sont l'humanité, l'impartialité, la neutralité, l'indépendance, le volontariat, l'unité et l'universalité.

L'hôpital héberge en son sein quatre autorités, médicales, administratives, paramédicales et celle des usagers. L'articulation de ces autorités au sein du pilotage pose des difficultés de cohérence et de coordination. Les réduire est un non-sens et contraire au besoin d'empowerment exprimé par les professionnels et les usagers. L'hôpital est passé d'un sanctuaire dont l'efficacité relevait de la magie à un lieu de réalisation d'un idéal qui donne sens au travers de ses « missions » et de la cause qu'il sert, puis il s'est focalisé sur la production de connaissances, il devient un « laboratoire » lieu de production de savoirs scientifiquement éprouvés ; et aujourd'hui l'hôpital est une entreprise de prestations hospitalières qui accueille l'expérience patient.

La sociologie des organisations nous permet de comprendre les luttes d'influence et les jeux d'acteurs existant au sein de l'hôpital « *en tant qu'agencement de ressources fondé sur des questions et des relations de pouvoir d'une part, un donné et des relations d'autorité, d'autre part. Ces relations permettent et autorisent l'influence d'un groupe particuliers d'acteurs et conduisent à une définition du soin et du patient.* » (36) L'autorité paramédicale s'est construite dans une volonté d'indépendance entre deux autorités

médicale et administrative. Sa place est constamment remise en question tantôt par l'un, tantôt par l'autre comme un élément de pouvoir, sa masse critique représentant 70% des professionnels de l'hôpital. Dans le modèle de gouvernance médicalisée, la direction a conservé le directeur des soins comme conseiller, et les professionnels paramédicaux et d'encadrement ont été rattachés hiérarchiquement aux médecins chefs de pôle comme « un gâteau que l'on se partage » donnant à la fois une réalité clinique et technique à l'expertise soignante et une réalité stratégique et tactique à l'expertise managériale du soignant. C'est omettre d'une part, le sens de la construction d'une autorité paramédicale avec à son sommet une direction des soins, membre du directoire et présidente de l'instance paramédicale de l'établissement et d'autres part les besoins d'identité, de légitimité et d'expertise qu'il recouvre : un médecin ne maîtrise pas l'art du soin et son exigence et un soignant ne maîtrise pas l'art de guérir et son exigence. Il n'y a pas à positionner l'un en prédominance de l'autre mais bien en complémentarité pour répondre aux besoins du patient.

Mais c'est également l'expression d'un paradoxe et d'une contradiction, expression de la dualité qui s'exerce autour de ce corps professionnel paramédical. L'encadrement paramédical s'est construit avec la légitimité métier et même la légitimité clinique et technique. La création du statut de cadre de santé a marqué un tournant en lui ôtant la légitimité de l'expertise clinique et technique et en le réduisant à une expertise managériale voir de gestionnaire. Pour autant dans les faits les hôpitaux ont conservé certaines expertises soignantes et techniques chez les encadrants comme les cadres de santé IADE et IBODE au bloc opératoire, IPDE en néonatalogie et pédiatrie, MERM en radiologie et technicien de laboratoire au laboratoire de biologie médicale. Ce ne sont donc plus des cadres de soin mais des cadres de santé qui pour autant manage l'expertise, organise les actions de soins et techniques ce qui représente le cœur de la collaboration avec le médecin chef de service. Dans le même principe le cadre de santé ne réalise plus de soins, ne pratique plus son art à l'inverse du chef de service ou de pôle qui lui conserve cette latitude. C'est une contradiction avec le modèle du « Magnet Hospital ».

Le législateur et le juge ont défini et attribué une indépendance de l'art du soin qui ne peut être considéré comme une action par défaut de l'art médical. La reconnaissance d'une compétence spécifique appelle une appréciation propre de cette compétence. « *Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble des personnels dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, les responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.* » (11)

Enfin nous avons interrogé les concepts de coopération, d'autonomie professionnelle, de démarche participative et de la mise en œuvre du principe de subsidiarité. Ils questionnent la poursuite des intérêts communs, l'exercice partagé de la gouvernance, des capacités d'échange et de communication, de la confiance, de la solidarité et de la capacité d'agir ensemble et de dépasser les positions dogmatiques et dominantes, d'intégrer une dimension éthique de la responsabilité et la reconnaissance institutionnelle de la place de chaque autorité pour un soin d'excellence.

Nous avons complété notre étude théorique d'une enquête de terrain et utilisé les outils qualitatifs de la recherche (entretiens semi-directifs et observations participantes) auprès des acteurs de la gouvernance et des cadres de santé de proximité et cadre de santé supérieurs de pôle. Nous nous sommes attachés à explorer la place de la direction des soins dans les domaines partagés de son exercice et dans son domaine exclusif et de tenter d'évaluer les représentations et les attendus des acteurs sur la fonction. L'analyse des données discursives recueillies et croisées a permis de mettre en exergue :

- Une absence de coopération au sein des deux établissements entre le PCME et le DS-CGS avec une collaboration très partielle entre chefs de service, chefs de pôle et DS-CGS dans le CH1 ; elle varie selon la personnalité et la vision du médecins responsables.
- Un besoin d'avoir le soutien du DS exprimé par les CS des deux établissements de santé en termes d'arbitrage, de sécurité dans la prise de décision. Un besoin d'information et de travail en transversalité.
- Une stratégie managériale de soutien et d'incitation de la part du DS-CGS envers l'expertise paramédicale et envers l'encadrement. Chaque DS-CGS a déployé une animation construite de l'encadrement (atelier cadre, journée cadre, réunion cadre etc...)
- Une réfutation des cadres de proximité à l'encontre de l'autorité médicale et une méfiance de l'autorité de l'encadrement supérieur dans le CH1.
- Un défaut majeur du travail en transversalité au sein du CH1 pénalisant la collaboration et la coopération inter polaire.

L'étude présente des limites dans sa méthodologie, il aurait été souhaitable d'intégrer d'autres modèles de gouvernance et d'étendre l'enquête à plusieurs établissements de santé.

En conclusion de notre étude, bien que non exhaustive, et dans l'impossibilité d'en généraliser les résultats sur un échantillonnage trop restreint, nous pouvons néanmoins à

ce stade confirmer les hypothèses soutenues au départ, tout en les dépassant aux vues de la largeur des données d'analyse.

4 PRECONISATIONS

4.1 Préconisation n°1 : La mise en place d'une gouvernance médico-économico-soignante partagée

La mise en place d'une gouvernance médico-économique-soignante partagée implique une collaboration étroite entre les équipes médicales, les équipes soignantes et les gestionnaires. Cette implication est indispensable pour créer l' enrôlement actif de l'ensemble des acteurs. Le projet managérial doit inclure des mesures disruptives.

Premièrement, il est essentiel de créer des espaces de dialogue réguliers où les décisions médicales, économiques et soignantes sont discutées conjointement, favorisant ainsi la transparence et la compréhension mutuelle des enjeux. Le management et la méthodologie utilisés doivent être participatifs et inclusifs.

Deuxièmement, il est crucial d'établir des objectifs communs, alignés sur les impératifs soignants, médicaux et financiers, garantissant ainsi une utilisation efficiente des ressources disponibles. Le dialogue de gestion doit être performant, simple et les éléments accessibles et mobilisables. Le choix partagé des indicateurs est prégnant.

L'évaluation des fonctionnements dépasse l'analyse médico-économique il est nécessaire d'évaluer également le fonctionnement des groupes et l'évaluation à 360 permet l'évaluation collective décentrée de l'individu et d'engager le collectif dans son propre fonctionnement. Cela nécessite « une éthique des dirigeants, qui ne signifie pas naïveté mais clarté des objectifs, progressivité de la mise en œuvre, partage des outils et de l'évaluation en continu. » (37)

Troisièmement, la formation interdisciplinaire et le renforcement des compétences en gestion doivent être encouragés pour favoriser une approche collaborative et une compréhension approfondie des défis auxquels nous sommes confrontés. En outre, la mise en place de systèmes de suivi et d'évaluation réguliers permettra de mesurer l'impact de nos initiatives conjointes, favorisant ainsi l'adaptation et l'amélioration continues.

Enfin, la communication transparente et ouverte avec toutes les parties prenantes, y compris les patients, est essentielle pour garantir le succès de cette gouvernance partagée, renforçant ainsi la confiance et l'engagement envers notre mission commune d'offrir des

soins de qualité. La régulation et l'évaluation sont des éléments clé pour le bon fonctionnement de toute organisation : il permet d'objectiver et d'argumenter.

4.2 Préconisation n°2 : Faire du projet managérial institutionnel un pacte de gouvernance porteur de la décision partagée

Il est porteur de la vision stratégique de l'établissement, il clarifie la place et le rôle de chacun, pose les instances et les organisations opérationnelles de la gouvernance et leur évaluation. Il doit considérer chaque groupe professionnel et les usagers dans le dispositif de gouvernance. Qu'attend-on de chacun ? Le projet managérial permet de lutter contre les mécanismes de dysorganisation, contre les organisations parallèles, contre la kakistocratie ou contre les organisations qualifiées d'« anarchies organisées ».

Le partage de la décision est une clé de voûte d'une gouvernance équilibrée dans un cadre éthique au sein d'un ordre négocié. Il porte les valeurs à partager et sert de référence dans le fonctionnement quotidien.

Pour faire du projet managérial institutionnel un pacte de gouvernance favorisant la décision partagée, plusieurs éléments clés doivent être intégrés notamment **par l'élaboration d'une vision commune** créée par un cadre stratégique qui reflète les valeurs et les objectifs partagés par les quatre autorités, en intégrant les attentes et besoins spécifiques de chaque groupe ; **par la promotion de la concertation et du dialogue** en instaurant des processus réguliers de concertation entre les autorités, où les décisions sont discutées et négociées collectivement. Le dialogue doit être basé sur le respect mutuel et l'écoute active. Le secret est dans l'inclusion et non dans la division et la séparation des dispositifs qui ne se rejoignent jamais. Les acteurs doivent se rencontrer au sein de groupe de travail communs ; **par la création de structures de gouvernance intégrées** et la mise en place des comités ou conseils réunissant des représentants de chaque autorité. Ces structures doivent avoir le pouvoir de délibérer et de prendre des décisions conjointes, garantissant que chaque voix est entendue et considérée. La participation des acteurs doit être inclusive en impliquant activement tous les acteurs concernés dans le processus décisionnel, en créant des mécanismes de consultation réguliers et transparents ; **par l'intégration de la démocratie en santé** en incluant les représentants des usagers et en favorisant la démocratie en santé dans les processus décisionnels, en leur donnant une place égale aux autres autorités pour que leurs préoccupations soient intégrées dans les choix stratégiques ; **par la garantie de la transparence et par l'assurance d'une communication** fluide et transparente à tous les niveaux de l'institution, facilitant ainsi la circulation des informations essentielles pour la prise de décision, leurs justifications, et les résultats attendus. Cela renforce la confiance entre les parties prenantes et la légitimité des

décisions ; **par l'amplification de la responsabilité collective** au travers de la promotion d'un système où les responsabilités sont partagées et où chacun se sent engagé dans la réussite collective du projet managérial ; **par l'encouragement de la flexibilité organisationnelle** par la mise en place de structures souples permettant d'adapter rapidement les décisions en fonction des évolutions internes et externes ; **par le développement de la culture de la collaboration** qui encourage une culture organisationnelle basée sur la collaboration, le dialogue et le respect mutuel, pour renforcer la cohésion et l'efficacité du groupe ; **par l'institution des mécanismes de feedback** en instituant des systèmes de retour d'information qui permettent d'évaluer en continu les décisions prises et d'ajuster les stratégies en conséquence ; **par l'évaluation et l'ajustement en continu** mis en place au travers de mécanismes d'évaluation réguliers pour mesurer l'efficacité du pacte de gouvernance et ajuster les pratiques en fonction des retours d'expérience et des évolutions du contexte hospitalier.

En combinant ces éléments, le projet managérial institutionnel peut devenir un véritable pacte de gouvernance, favorisant la décision partagée et la cohésion au sein de l'organisation.

4.3 Préconisation n°3 : Faire de la CSIRMT une instance de gouvernance

Le chef d'établissement et le PCME doivent s'engager activement dans cette instance en y participant physiquement. L'implication des membres dans les débats institutionnels est essentielle pour assurer leur inclusion et reconnaissance : les avis consultatifs formulés dans le cadre des projets, des restructurations (exemple capacitaire) doivent être pris sollicités et pris en compte dans les décisions institutionnelles et intégrés aux processus d'arbitrage. Il s'agit même de faire participer les membres à des travaux de groupes institutionnels.

La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSRIMT) est l'instance paramédicale d'un établissement de santé. Elle réunit des professionnels au sein de trois collèges. Pour que la CSRIMT devienne une instance de gouvernance agissante, il est essentiel d'établir un cadre structuré, participatif et inclusif. Ce doit être un lieu de débat ouvert propice aux échanges et au partage dans un climat convivial et serein. Il est important de conduire la politique de soin et de stage au sein de la CSIRMT en créant des sous-commissions, de créer des réunions avec des collèges élargis et notamment celui des cadres de santé.

Il est prépondérant de donner du sens à l'engagement, il faut définir le mandat en termes clairs, détaillant les responsabilités des membres, leur champ d'action et les objectifs à

court et à long terme. Offrir l'opportunité de la formation aux membres dans le domaine des avancées des soins, de la gestion et des politiques de santé, de l'organisation de la gouvernance hospitalière est un plus leur permettant de se projeter. La CSIRMT doit valoriser les expertises et les initiatives et elle doit organiser l'évaluation de ses actions. Elle doit pouvoir devenir un moteur d'innovations.

4.4 Préconisation n°4 : La politique de soin et le projet de soin outils fédérateurs et stratégiques

Les trois enjeux sont de servir les usagers, de donner une ligne directrice aux professionnels concourant à l'action de soins et de garantir les besoins en santé identifiés sur le territoire de santé. La conduite d'une politique de soins et d'un projet de soins est d'une importance cruciale pour le directeur des soins.

Il va lui permettre de développer une vision plurielle en incluant tous les paramédicaux et périmédicaux de sa direction fonctionnelle mais au sein d'une politique commune, d'un environnement capacitant capable d'offrir la possibilité d'acquérir une culture globale, facteur d'intégration et de gestion des diversités. La notion de performance collective, de mise en cohérence des compétences et des moyens au service de la personne soignée sont alors fédératrices.

La politique du soin recentre sur les valeurs humanistes, pose le sens de l'action, détermine le fil conducteur et recentre sur le soin et la personne en soin recevant ce soin. Cette préoccupation à spécifier l'art du soin est un enjeu de l'identité professionnelle et de l'engagement. Selon Marie-Françoise Collière : « Le soin infirmier représente un sujet vaste et d'une grande complexité. C'est un sujet à caractère universel et multidimensionnel, tout en se singularisant dans chaque culture, dans chaque système socio-économique dans chaque situation. Sujet délicat s'il en est, en raison de zones d'interférences de *savoir, de pouvoir et de décisions* qu'il suscite. Sujet difficile, parce que facilement réductible à l'application d'une technique, d'un système stéréotypé, ou au contraire insaisissable en raison des multiples aspects qu'il soulève. Sujet imprégnant parce que lié à des habitudes de vie, de croyances, des valeurs faisant résonner en nous les questions les plus fondamentales de la vie, la mort, la sexualité, l'amour, la souffrance, le travail... ». Walter Hesbeen, dans sa définition, apporte plus de précision car il caractérise le soin infirmier comme : « L'attention particulière portée par une infirmière ou un infirmier à une personne et à ses proches – ou à un groupe de personnes – en vue de leur venir en aide dans leur situation en utilisant, pour concrétiser cette aide, *les compétences* et les qualités qui en font des professionnels infirmiers. Le soin s'inscrit ainsi dans une démarche interpersonnelle et comprend tout ce que les infirmières et les infirmiers font, dans les limites de leurs *compétences*, pour prendre soin des personnes ». Ainsi, pour cet auteur, le soin

infirmier s'inscrit dans une perspective infirmière d'attention et d'aide à la personne. Il précise : « Sans perspective infirmière, il ne s'agit que de tâches qui ne relèvent dès lors pas du soin infirmier ». Aussi, il différencie l'expression de « prendre soin » de celle de « prendre en charge ». Pour lui, le concept de « prendre soin » se singularise par la perspective de l'attention particulière et s'identifie en tant que valeur selon trois raisons. En effet, ce concept permet de donner à l'être humain une place en tant que sujet singulier, parfois oublié à cause de la science médicale, mais aussi d'accéder à une valeur motivante accessible à tous et enfin d'offrir « un espace de liberté pour la réflexion ». « Le concept de prendre soin est ouvert sur la connaissance, sur toutes les connaissances qui permettent d'améliorer, d'enrichir, de rendre plus pertinente l'aide apportée à une personne ». (38)

Un projet de soin bien conçu permet également d'aligner les objectifs du service de soins avec la mission globale de l'institution de santé. Il favorise l'innovation et l'adaptation aux évolutions constantes de la médecine et de la technologie.

De plus, il aide à mesurer et à évaluer les performances, en fournissant des données tangibles pour l'amélioration continue des soins. Enfin, en impliquant les professionnels de la santé dans la définition et la mise en œuvre de ces politiques et projets, le directeur des soins renforce l'engagement et favorise un environnement de travail plus satisfaisant, ce qui a un impact positif sur la qualité des soins et la rétention du personnel.

4.5 Préconisation n°5 : Faire du patient partenaire un appui à la décision

L'opinion du patient est cruciale pour une prise en charge efficace, car ils sont des témoins pertinents de l'efficacité organisationnelle des services de santé. La collaboration entre les soignants et les patients est essentielle pour promouvoir la démocratie en santé. Le point de vue des patients ne peut pas être négligé dans la prestation de soins.

« Le patient est le sujet essentiel qui permet de transcender les silos organisationnels. L'expérience du patient, la qualité des soins est ce qui rassemble l'ensemble des équipes et leur vocation de soignant. C'est donc sur ce pilier qu'il faut reconstruire l'organisation managériale. Le patient doit être considéré comme un partenaire à part entière et être associé plus étroitement aux décisions et à la gouvernance des établissements. Cela implique une véritable participation, allant au-delà de la transparence et de la collecte de la satisfaction des patients. Le corollaire, non des moindres, est une gestion des effectifs adaptée à la charge de travail et aux besoins du patient ». (26) Le Directeur des soins devra s'assurer du déploiement d'un contexte favorable au « travailler de manière concertée » en incluant le patient partenaire, ce qui nécessite de :

- ✓ Clarifier les rôles et responsabilités par rapport aux soins et à l'accompagnement du patient partenaire et, le cas échéant, un aidant proche partenaire.
- ✓ Travailler en équipe en favorisant le fonctionnement efficace de l'équipe, établir et maintenir des relations de travail en partenariat avec les autres professionnels et le patient partenaire pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.
- ✓ Communiquer avec les autres de façon efficace, respectueuse et réceptive en adoptant des attitudes et en manifestant des comportements humanistes.
- ✓ Gérer ou résoudre les conflits de manière efficace, avec ou entre les professionnels incluant le patient partenaire.
- ✓ Démontrer un leadership collaboratif, établir et maintenir des relations de travail de collaboration et de coopération avec les autres professionnels, les patients et les familles.
- ✓ Travailler dans le cadre réglementaire, déontologique et intégrer sa pratique dans une réflexion éthique incluant l'humanisme soignant.

4.6 Préconisation n°6 : le développement de l'expertise paramédicale

Les pratiques de soins s'adaptent aux évolutions médicales issues de la recherche et de l'innovation. Développer les expertises, partager les ressources et compétences rares et favoriser les coordinations de soins sont à l'initiative de collaborations renforcées au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT). L'objectif consiste à optimiser les complémentarités sur le terrain et à favoriser la mutualisation de ressources soignantes, notamment dans le champ des coordinations de parcours.

Il appartient aussi au directeur des soins d'identifier, au sein des équipes, une expertise en recherche et innovation propice au maintien d'un leadership clinique, facteur de motivation et de convergence entre professionnels. La recherche paramédicale, le développement de protocoles de coopérations professionnelles, la formation continue en pratiques avancées ou en spécialités est une clé de ce processus de valorisation et de reconnaissance. Il participe également à promouvoir des parcours professionnalisants et diversifiés en faveur de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels.

4.7 Préconisation n°7 : Développer un management participatif pour exercer un leodorat transformationnel propre aux hôpitaux magnétiques

Les responsables (dirigeants, cadres, chefs de service) doivent être choisis en fonction de leurs compétences en gestion et de leur aptitude à unir et motiver une équipe diversifiée. Il est essentiel de séparer la fonction de gestion de celle de l'expertise scientifique ou technique, tout en maintenant une crédibilité médicale et soignante indiscutable. Un

médecin ou un soignant compétent ne garantit pas forcément un leadership inspirant pour les équipes. Cela requiert une professionnalisation du management de proximité. Un médecin ne peut pas s'improviser manager.

L'objectif est d'adopter un leadership transformationnel qui responsabilise les collaborateurs. Ce dernier nécessite une certaine flexibilité managériale, contrairement à un contrôle directif et hiérarchisé. Le manager est en capacité de créer un environnement favorable à l'épanouissement. Les responsables doivent être nommés pour des mandats limités, avec des objectifs définis, une durée prédéterminée et des ressources spécifiques, tout en permettant la possibilité de renouvellement. L'accent est mis sur le passage de la performance individuelle à la performance collective.

4.8 Préconisation n°8 : Développer un management de proximité

Il est essentiel de mettre en place un management de proximité pour instaurer la confiance. Adopter une approche « Bottom up » est fondamental. L'accessibilité et l'humilité sont des attitudes clés pour favoriser la collaboration et le partage. Les professionnels qui interagissent quotidiennement avec les patients sont les mieux placés pour élaborer et co construire des solutions innovantes et pragmatiques, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité des soins dans un contexte économique difficile. Cependant, la légitimité du directeur des soins repose également sur sa connaissance approfondie des actions de soin et des compétences requises.

Pour cela, il est crucial de réduire les niveaux hiérarchiques. Le lien direct entre le directeur des soins et les équipes de proximité, qu'elles soient médicales, managériales ou administratives, est un facteur clé de succès. Certains établissements, comme l'hôpital de Grasse, ont supprimé la couche intermédiaire des pôles, notamment celle des cadres supérieurs de santé. L'objectif est d'améliorer la réactivité, de réduire les luttes de pouvoir et d'impliquer davantage les équipes de proximité dans la production des soins.

Conclusion

Nous nous situons dans une période de transformation profonde des paradigmes et des doctrines médicales qui organise l'offre de soins aujourd'hui sur nos territoires de santé. Elle est plurifactorielle en lien avec la démographie décroissante des professionnels de santé, les évolutions technologiques et l'intégration de l'intelligence artificielle, les contraintes budgétaires, le virage ambulatoire, domiciliaire, la parcellisation des métiers...

Cette période engendre perte de sens, incertitudes, inquiétudes, voire anxiété. Les mécanismes de repli, les positions dogmatiques sont des risques dont il faut se prémunir.

Les professionnels de la santé, qu'ils soient médecins ou paramédicaux, sont confrontés à la nécessité de redéfinir leur collaboration et leur coopération et doivent faire évoluer leurs pratiques. Ils doivent apprendre à se faire mutuellement confiance, car ni l'un ni l'autre ne peuvent fonctionner de manière optimale sans l'autre. Le soin est un art, guérir est un art et ces deux domaines opèrent au sein d'espaces à la fois distincts, complémentaires et intrinsèquement liés. Cette confiance mutuelle est impérative pour construire la prise en charge des usagers. Cela implique la reconnaissance des compétences et des responsabilités de chaque partie prenante sans à avoir à la dominer.

La médicalisation croissante de la gouvernance des établissements publics de santé suscite des interrogations sur la place de la communauté paramédicale et de son influence et pose le débat de la place de la direction des soins au sein de la gouvernance hospitalière. Certains tentent de simplifier son rôle en limitant son autorité ou en restreignant ses prérogatives légales, voire en modifiant son appellation, dans un contexte où le champ des soins semble se restreindre à la sphère médicale.

La délégation de gestion poussée à son maximum, représente une innovation managériale apportant une véritable valeur ajoutée. Cependant, réduire le rôle de la direction des soins jusqu'à lui retirer ses prérogatives, en transférant l'autorité hiérarchique des professionnels paramédicaux, y compris de l'encadrement, au médecin chef de pôle, n'a pas prouvé son efficacité. Cette approche va à l'encontre des principes de l'hôpital magnétique et de l'émancipation et l'autonomie de la communauté paramédicale. Il ne s'agit pas d'une avancée managériale, mais plutôt d'un retour en arrière vers des pratiques obsolètes, anciennes que nous avons déjà explorées au siècle dernier sans que ces dernières aient également prouvé leur pertinence. Un seul professionnel ne peut porter la responsabilité d'un système ou d'une organisation aussi complexe qu'un service de soins, un pôle de santé ou un hôpital. La véritable solution réside dans la coopération et le partage des responsabilités, chacun selon son expertise, avec un leadership pouvant être rotatif en fonction de l'expertise prédominante requise.

Bibliographie

1. **Budet, Michel.** Hôpital, navigation par gros temps. *Gestions Hospitalières*. Héral, 2023, 628.
2. **DREES.** *Données du répertoire ADELI*. Paris : s.n., 2021.
3. **Parent, Camille.** *À l'hôpital, une prévalence accrue de la dépression et de l'anxiété due notamment aux conditions de travail*. s.l. : DREES, 2023.
4. *À Valenciennes, la gestion médicale décentralisée fait ses preuves.* **MOSCHETTI, Julien.** s.l. : Le quotidien du médecin, 2022.
5. **LYDIA-TRUFFIER, Agnès, Lemaire, Antoine et Gritton, Anne-Claude.** *Délégation polaire*. Paris : INFODIUM, 2019. ISBN 978-2-9559203-3-6.
6. **Debray, Régis.** *Le scribe - Génèse du politique*. s.l. : Grasset, 1980. ISBN 978-224009115.
7. *La gouvernance du système de santé.* **Decoopman, Stéphanie, Rousseau, Aurélien et Salgado, Séverine.** Paris : Université Paris Dauphine-PSL, 2021. 68.
8. **Loschak, Danièle.** Principe hiérarchique et participation dans la fonction publique. *Bulletin de l'IIAP*. 1976, 37.
9. **De Singly, Chantal.** *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*. Paris : Ministère de la Santé, 2009.
10. **Vaissière-Bonnet, Marie-Gabrielle.** Autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle. *Santé RH*. Infodium, 2010, 15.
11. **Devers, Gilles.** Directeur des soins, autant de droits que de devoirs. Droit, déontologie et soin, 2004, Vol. 4, 2.
12. **Rey-Debove, Josette.** *Le petit robert*. Paris : Le Robert, 2003. 978-2850368264.
13. **Holcman, Robert.** La « dysorganisation », un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs. *Revue française de gestion*. Lavoisier, 2008, 4.
14. **Shalom H, Schwarz.** Les valeurs de base de la personne: théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie*. Editions Ophrys, 2006, Vol. 47, 4.
15. **Varia. Habitante.** Audimat Editions, 2021, 1.
16. **Truscelli, Danièle.** *Culture hospitalière et rencontre avec la culture du secteur médico-social.* **Contraste**. Erès, 2007, 27.
17. **Schweyer, François-Xavier.** *Rapport de la mission cadres hospitaliers Tome 2 annexes - Eléments pour une histoire des cadres*. Paris : Ministère de la santé, 2009.
18. **Schweyer, François Xavier.** *L'infirmière qui devient Directeur. Profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics*. Presses universitaires de Rennes. Rennes : Presses universitaires, 1993.

19. Laignel, Laurence et Gruet-Masson, Joel. Le travail invisible des infirmiers généraux et des directeurs des soins. *Soins cadres*. Elsevier Masson, 2015, 95.
20. Catanas, Marc. Management. *cadredesante.com*. [En ligne] IGroupe Profession Santé, 7 Mars 2008. [Citation : 30 septembre 2023.] <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Evolution-socio-historique-de-la>.
21. McCarthy, Carey, et al. *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020: investir dans la formation, l'emploi et le leadership*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2020. ISBN 978-92-4-000490-0.
22. Tabuteau, Didier. La décision en santé. *Santé publique*. S.F.S.P, 2008, Vol. 20, 4.
23. Jaeger, Marcel. Du principe de responsabilité au processus de responsabilité. *Vie sociale*. Erès, 2009, Vol. 3, 3.
24. *Les directeurs des soins vont-ils perdre leur autorité et autonomie ?*. Laribiere, Nathalie. Paris : AP HP, 2010.
25. Bubien, Yann, Toupillier, Daniele et Ouharzoune, Yasmina. Directeurs des soins, coordonnateurs généraux des soins, quelles perspectives? *Soins Cadres*. Elsevier Masson, 2015, 95.
26. Vaillant, Lydwine. *Réinventons le secteur de la santé*. La Plaine Saint-Denis : AFNOR, 2019. 978-2-12-465726-1.
27. Peljak, Dominique. La subsidiarité : le défi de l'hôpital du xxie siècle. *Gestion*. HEC Montréal, 2002, Vol. 27, 3.
28. Claris, Olivier. *Mission sur la gouvernance et la*. Paris : Ministère des solidarités et de la santé, 2020.
29. Barbot, Jean-Marie et Marchandet, Sophie, al. *Innovations managériales et qualité de vie au travail dans la fonction publique hospitalière*. Boulogne-Billancourt : Berger-Levrault, 2021. 978-2-7013-2161-5.
30. Beauregard, Bertrand. IICH - Institut International de Coaching Humaniste. *PlanetHoster*. [En ligne] 17 02 2022. [Citation : 08 octobre 2023.] <https://iich-coaching.com/quest-ce-que-lempowerment/>.
31. Warchol, Nathalie. La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle. *Recherche en soins infirmiers - Management concepts et recherche*. Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2007, 91.
32. Michel, Philippe. « Le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient, au bon coût ». *Revue française des affaires sociales* . La Documentation Française, 2019, 3.
33. Barth, Isabelle. *La Kakistocratie ou le pouvoir des pires, voyage au coeur de l'incompétence*. s.l. : EMS Editions, 2024. ISBN 361222207265.

34. VANDEVELDE-ROUGALE, Agnès. *La novlangue managériale, emprise et résistance*. Toulouse : Erès, 2017. 978-2-7492-5371-8.
35. Fukuhara, Ken. Le discours managérial et ses effets : une approche clinique. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*. Institut Mines-Télécom, 2017, 129.
36. Dumond, Jean-Paul. *La grande transformation hospitalière*. 2021 : Seli Arslam, Paris. 978-2-84276-268-1.
37. ROMATET, Jean-Jacques. Le rôle du manger dans les organisations complexes : l'exemple de l'hôpital français. *Recherche en soins infirmiers*. Association de Recherche en Soins infirmiers, 2007, Vol. 4, 91.
38. Chassagnoux, Anne, Corty, Sylvie et Lys, Josiane. Spécificités de la pratique infirmière. *Pratiques cliniques en addictologie*. Lavoisier, 2017.
39. Balas-Ezzemzami, Judith, et al. *Management dans le champ social et médico-social repères pour penser le sens de l'action*. s.l. : Selim Arslam, 2017.
40. Panel, Pierre. L'hôpital public ses contradictions, ses mutations. *ETVDES*. S.E.R, octobre 2007, 407.
41. Sainsaulieu, Renaud. *L'identité au travail, les effets culturels de l'organisation*. Paris : Presses de Sciences Po., 1988.
42. Pierron, Jean-Philippe. *Philosophie du soin, économie, éthique, politique et esthétique*. Paris : Hermann, 2021. ISBN 979 1 0370 0676 9.
43. Franck Burellier, Jacques Orvain, Nathalie Angelé-Halgand, Caroline Ruiller, Laëtitia Laude, Christophe Baret, Sophia Gavault, Michel Louazel. Certifié « Cadre administratif de pôle »LTD. L'encastrement identitaire pour légitimer un nouveau rôle. @GRH. Association de Gestion des Ressources Humaines, 2019, 32.
44. Clément, Jean-Marie et Domin, Jean-Paul. Pour une histoire des réformes hospitalières. *Revue d'histoire de la protection sociale*. Comité d'histoire de la sécurité sociale, 2009, 2.
45. Cartron, Emmanuelle, et al. Les sciences infirmières: savoir, enseignement et soin. *Recherche en soins infirmiers*. Association de recherche en Soins Infirmiers, 2020, 140.
46. *Le New public Management et la réforme de l'hôpital public en France avec la loi HPST*. Ferguene, Améziane. Constantine : HAL open science, 2016. halshs-01324556.
47. Jameux, Claude. Analyse des organisations et entreprise. Points de repère issus de la notion de pouvoir. *Sciences de la société*. Presses universitaires du Mirail, 1994, 33.
48. Franchistéguy-Couloume, Isabelle. Au cœur de la complexité des organisations de santé : le cadre de santé, pivot de l'organisation. *Projectics / Proyética / Projectique*. De Boeck, 2015, 13.

49. Organisation panaméricaine de la santé. *OPS*. [En ligne] 29 Septembre 2017. [Citation : 30 Septembre 2023.]
50. D'Andigne, Hubert. Statut des infirmières générales. *Question écrite 9e législature*. Paris : Sénat, 1989. 04984.
51. Cadte, Danielle. De la cornette à la blouse blanche, l'irruption du service de soins dans la modernité. *Soins cadres*. Elsevier Masson, 2015, 95.
52. Compagnon, Claire. *Pour l'An II de la Démocratie sanitaire*. Paris : Ministère de la Santé, 2014.
53. Janvier, Roland. Roland Janvier.org. [En ligne] 12 février 2017. [Citation : 26 septembre 2023.] <https://www.rolandjanvier.org/articles/fonction-direction/800-gouvernance-associative-dirigeance-12-02-2017/>.
54. Mattei, Jean-François. Déclaration de M. Jean-François Mattei, ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées, sur la réforme de l'organisation hospitalière, notamment la tarification à l'activité et la réforme de la gouvernance hospitalière. *Vie publique*. [En ligne] République française, 23 mars 2004. [Citation : 07 octobre 2023.] <https://www.vie-publique.fr/discours/141626-declaration-de-m-jean-francois-mattei-ministre-de-la-sante-de-la-famil>.
55. Kanitzer, Cécile, et al. *Directeur des soins et si on y croyait?* Paris : Fédération Hospitalière de France, 2016.
56. Tabuteau, Didier. SciencesPo. [En ligne] 17 Mars 2016. [Citation : 09 Octobre 2023.] <https://www.sciencespo.fr/en/events/quelle-sante-en-2050-environnement-economique-et-financement-des-depenses-de-sante>.

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directif

Annexe 2 : Grille d'observation

Annexe 1 : Le guide d'entretien semi-directif

Impact de la gouvernance médicalisée sur l'exercice professionnel des directeurs des soins
Recherche réalisée dans le cadre d'un M2 et d'une formation professionnelle

Objectif de la recherche : Identifier les représentations autour du rôle et des missions du directeur des soins au sein de la gouvernance hospitalière et déterminer l'impact des choix de gouvernance sur sa capacité, dans un environnement quotidien, auprès des professionnels d'encadrement et de la communauté paramédicale ; évaluer l'impact de la « réduction de son rôle dans le cadre d'une disruption du modèle managérial ».

Le guide d'entretien (DG, DH adjoint, CGS-DS, CSS, CS, PCME)

1. Votre situation professionnelle :

Vous pouvez me présenter brièvement votre situation professionnelle ? Depuis combien de temps exercez-vous ?

But : comprendre la situation du DS ou du DH. Qu'est-ce qui a changé selon lui : conditions d'exercice, rapport à la profession, relation avec les professionnels, émergence de nouvelles difficultés, résolution de difficultés...

Question générale qui ouvre l'entretien sur lui-même, le laisser parler de ce qu'il veut.

Est-ce qu'aujourd'hui vos conditions d'exercice, ou autres, ont changé ?

But : Comprendre les changements de pratiques dans l'exercice du métier, les conditions d'exercice...

Exercez-vous sur multi sites, en Direction commune, directeur délégué de pôle ?

Disposez-vous de plusieurs responsabilités comme la qualité, les usagers, direction commune, délégation de site ou directeur délégué de pôle ... ?

But : Evaluation de la multiplicité des champs de responsabilité, de la complexité de la fonction, de la contrainte, du temps passé en déplacement.

Relancer avec des questions en lien :

Si oui : quel est l'effet sur votre qualité de travail ?

Si non : Y a-t-il une raison précise ?

2. Vous et les enjeux d'un gouvernance hospitalière médicalisée :

Parlez-moi de la gouvernance hospitalière développée dans votre établissement

Relances : comment il la qualifierait, ce qu'il trouve intéressant, ce qui le gêne ou le limite, trop ou pas assez médicalisée...

But : Evaluer la vision et les représentations du modèle managérial : est-ce un levier de performance économique, est-ce une stratégie de fédération ? Identifier les enjeux et les besoins.

Quelle place occupe les paramédicaux aux différents échelons managériaux (DS, CSS de pôle, CDS) ?

But : D'autres démarches que celles-ci se sont-elles révélées pertinentes ? En agissant de la sorte est-ce au détriment de l'empowerment paramédical ?

Quelle place est faite aux professionnels paramédicaux dans ce modèle ?

But : Interroger sur la reconnaissance de l'art du soin, de la philosophie du soin et du leadership paramédical comme levier d'excellence de la prise en charge de la personne en soin ? Suite Ségur et à la loi Rist l'objectif était de donner une place aux paramédicaux au sein de la gouvernance, n'est-on pas à contre sens ?

3. Vous et la notion de collaboration développée avec le directeur des soins

Quel est le périmètre d'action du directeur des soins dans ce contexte de transfert de la totalité de ses prérogatives aux médecins chefs de pôle?

But : Evaluer la notion d'influence et d'autorité - Recueillir des exemples concrets de situation posant un problème. Si difficulté : A-t-elle été résolue et comment ? Constater si le recours à la politique des soins et des stages est fait ? L'utilisateur est-il présenté comme une force-partenaire dans l'ancrage de la pratique professionnelle paramédicale et de l'excellence du soin ? Identifier le rôle sur le territoire de santé ?

Quel est le rôle du directeur des soins en tant que président de la CSIRMT / Dans son domaine d'exercice spécifique ?

But : Evaluer la représentation du lien avec le portage de la philosophie du soin et de l'art du soin. Evaluer la représentation du rôle de représentation des paramédicaux au même titre que celle du PCME.

Quel est le rôle du directeur des soins en tant que directeur adjoint, membre de l'équipe de direction sous l'autorité hiérarchique du chef d'établissement / Dans les domaines partagés ?

But : Evaluer la reconnaissance de la fonction. La fonction et les missions sont-elles reconnues d'utilité ? Percevoir s'il existe une notion de dualité et d'antagonisme entre les deux missions du DS-CGS ?

4. Vous et le périmètre d'action du DS

Estimez-vous que cette nouvelle organisation permette à la direction des soins de répondre aux missions confiées par le législateur et dans quelle mesure ?

But : Permettre d'objectiver un conflit dans le rôle – Vision de l'incarnation du rôle – évaluer la notion de risque de balkanisation des pôles

Quelle place faites-vous à la communication dans votre exercice professionnel ?

But : identifier les leviers, les stratégies pour fédérer, évaluer l'attachement à développer un contexte de travail encapacitant, le déploiement d'un « leadorat ». Evaluer l'incarnation du rôle.

Comment la fonction soutien est prise en charge auprès des professionnels paramédicaux ?

But : Evaluer la notion de sécurisation psychologique, l'élaboration de repères, déterminer si le débat est encouragé vers le maintien d'une certaine conflictualité constructive pour éviter l'illusion du consensus – la joie d'être ensemble est-elle cultivée ?

5. Vous et l'encadrement

Quelles sont les conséquences perçues et estimées liées à cette disruption managériale ?

But : Evaluer l'incidence éventuelle sur la construction de l'identité professionnelle et le sentiment d'appartenance – la qualité de la cohésion sociale dans l'établissement - Déterminer si le modèle de gouvernance a répondu aux attentes et aux besoins.

Le comportement et la sollicitation de l'encadrement ont-ils changés à l'égard du DS ?

But : Comment le DS réagit face à l'attitude des cadres ? Cela joue-t-il sur l'image qu'il a de son métier et sur son identité professionnelle ? La recherche de l'altérité

Pensez-vous que la fonction de directeur des soins représente une force, est reconnue dans votre établissement ?

But : connaître l'image de la profession, en lien avec son identité professionnelle. Répond-elle à un besoin – rechercher l'alignement des valeurs – essayer de disposer de situations concrètes représentatives et emblématiques de l'engagement dans la gouvernance.

L'entretien est à sa fin – souhaitez-vous apporter un élément avant de clore notre échange ?

Annexe 2 : Grille d'observation

Grille d'observation

Date de l'observation : février, mars 2023 et avril 2023 CH1 / septembre et octobre 2023 CH 2

Nom des enquêteurs : MUGNIER Christel

Présentation :

2 réunions du bureau de l'atelier cadres (février et avril)

1 réunion de l'atelier cadres (mars)

Objet de l'observation :

Observer les rapports existants entre le directeur des soins et les cadres de pôles et de proximité dans la qualité des échanges et de l'implication.

Réaliser un examen détaillé des scènes de la vie sociale, décomposition d'événements singuliers, repérage d'utilisation des objets, des interactions entre les acteurs:

- Les structures spatiales, le décor, les conditions matérielles, les ressources
- Les différents groupes sociaux et/ou professionnels
- Les comportements in situ, ce que l'on veut saisir sur le vif, en action
- Pratiques non officielles/marginales
- Pratiques routinières qui ne seraient plus explicites
- Des situations et des séquences particulières ou ordinaires

Evaluer la stratégie déployée par le directeur des soins pour répondre aux missions suivantes :

- Organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique de soins de l'établissement.
- Coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques et en assure l'animation et l'encadrement.
- Élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- Participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités.
- Contribue dans son champ de compétence, à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement.

Généralités

Accessibilité au lieu de l'atelier (lieu, date et heure, ordre du jour, délai, invitation, transmission du compte-rendu de la précédente réunion, élaboration d'un rétroplanning...)

Les ateliers

Configuration de la répartition des participants (type de salle, espace, clarté, modalités d'installation)

Nombre de participants

Quelle catégorie de participants

Description des participants et des animateurs (sexe, couleur de peau, style vestimentaire, âge, classe sociale, manière de s'exprimer, comment on se présente (quand on veut prendre la parole ou on fait le tour de table)

Nombre d'animateurs (description des animateurs, comment ils se présentent)

Durée des ateliers, heure de début/fin, retard début/fin

Environnement (salle assez grande, ambiance sonore...)

Les thèmes abordés : ceux prévus – ceux réellement traités – comment les thèmes sont abordés – demandes des pairs

Grille d'observation des comportements et des interactions entre le DS, les CSS, les cadres de santé, le DG, le PCME, les médecins chefs de pôles et de service

TYPE DE COMPORTEMENTS

| TYPE DE COMPORTEMENTS | COMPORTEMENT | DESCRIPTION |
|-------------------------------------|---|--------------------|
| Positionnement professionnel | Prise d'initiatives (implication) Interaction sans préjuger ou étiquetage l'autre: non jugement dans ses paroles (respect) Collaboration entre chaque professionnel dans le cadre du champ de compétence de chacun (responsabilité) Confrontation des exigences, des représentations et des pratiques (réflexivité) Expression d'une réflexion critique et approfondie sur la situation (réflexivité) Expression de la pensée effective (autonomie) Les acteurs savent mettre des limites (autonomie) Les acteurs tiennent leur place dans le cadre de la fiche de poste et du champ de compétence (responsabilité) Participation aux tâches et responsabilisation pour voir ce qu'il y a à faire (responsabilité) Action après avoir considéré différentes alternatives (réflexivité) Les acteurs sont en capacité de préciser leur rôle et prendre la place qui leur revient (autonomie) Savoir se fixer des objectifs et établir des priorités d'action (autonomie) Apporte sa contribution au travail telle que convenu: respect dans l'engagement (respect) Savoir tenir compte des comportements non verbaux de l'autre en nommant ses observations, en vérification de ses perceptions et en se réajustant si nécessaire (empathie personnelle et sociale) Partager des opinions, des expériences avec l'entourage lorsque c'est approprié (confiance en soi et assurance) Expression des opinions, réalisation de commentaires en utilisant un langage qui suscite l'acceptation et le respect (appropriation de la compétence professionnelle) Pose des questions pertinentes (appropriation de la compétence professionnelle) Expression des idées de façon franche et directe tout en acceptant le point de vue des autres (appropriation de la compétence professionnelle) S'informer du bien être des autres (appropriation de la compétence professionnelle) Savoir-faire "un pas de plus" pour bien saisir les problèmes, les besoins et l'aide nécessaire à l'autre (volonté de connaître l'autre) | |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| | Faire preuve de curiosité (Volonté de connaître l'autre) | |
| | Prendre soin de bien saisir le sens du discours de l'autre sans porter de jugements de valeur sur les visions du monde (Distanciation de sa culture) | |
| Comportements non verbaux | Présentéisme (motivation) | |
| | Ponctualité (motivation) | |
| | La voix : tendue, nerveuse, chaleureuse, froide, puissante, faible, timbre de la voix, le volume de la voix, la vitesse de paroles, l'intonation | |
| | L'apparence physique : attitude active, passive, sur la défensive, en retrait | |
| | La posture et gestuelle : manifeste de l'opposition, de l'agacement, se tient en retrait, fais autre choses | |
| | Manifeste des comportements non verbaux appropriés (posture, geste, rires) | |
| | Le regard : regard appuyé ou fuyant | |
| | Se rallier à l'équipe dans ses efforts pour s'engager dans la direction du choix du groupe (flexibilité) | |
| | Reconnaître les distorsions, les sélections et les généralisations qui apparaissent dans les échanges entre pairs (appropriation de la compétence professionnelle) | |
| | Adopter une position corporelle et une tenue adéquate dans le contexte d'un cours ou d'une intervention (appropriation de la compétence professionnelle) | |
| Autres comportements | Attirer l'attention / Fait diversion | |
| | N'intervient pas | |
| | Collaboration effective (même pôle ou non) – notion d'entraide | |
| | | |
| | | |
| | | |

Observer la dynamique des acteurs pour évaluer la qualité des interactions, les synergies, la qualité de l'implication et du positionnement professionnel.

MUGNIER

Christel

Août 2024

MASTER AMOS - Rennes

Promotion 2023

Les enjeux, défis et perspectives d'une gouvernance hospitalière équilibrée

Résumé :

La direction des soins doit-elle être remplacée par un directeur médical ? Au cœur de la médicalisation de sa gouvernance, l'hôpital public questionne la place de la direction des soins. Les nombreuses tentatives de la réduire à une entité simpliste sont nombreuses, tantôt en lui ôtant l'autorité hiérarchique sur le personnel paramédical et d'encadrement, tantôt en la spoliant de ses prérogatives légales et réglementaires, tantôt en en faisant une sous-direction fonctionnelle en la plaçant sous l'égide d'un directeur d'hôpital adjoint, tantôt en renommant la « direction des soins » car de soins elle ne doit plus être. Pourtant d'autres établissements de santé croient en sa nécessité et sa double légitimité, métier et managériale, à piloter les organisations soignantes, à participer à la qualité et à la sécurité des soins, à valoriser, développer et évaluer les expertises et pratiques soignantes, techniques et managériales des paramédicaux, à porter une vision stratégique et politique des soins au sein de l'établissement et du territoire de santé. Finalement, la direction des soins n'est, ni « direction », puisque le statut de son directeur est inférieur à celui des directeurs d'hôpitaux adjoint. La direction des soins est pourtant co responsable de la production de soins de 70 % du personnel d'un hôpital. Elle n'est, ni « soins », puisque le soin semble redevenir un champ d'exclusivité médicale.

Le soin est un art, guérir est un art, et même s'ils s'exercent au sein d'un domaine commun qui est la santé publique, ils se déploient dans des espaces distincts, complémentaires et intrinsèquement liés. Dans un contexte de transformation profonde des paradigmes et des doctrines médicales, les professionnels de la santé qu'ils soient médecins ou paramédicaux, sont confrontés à la nécessité de redéfinir leur collaboration et leur coopération. Ils doivent apprendre à se faire mutuellement confiance car ni l'un ni l'autre ne peuvent fonctionner de manière optimale sans l'autre. Il faut un président de CME, il faut un président de CSIRMT, il faut un chef d'établissement, il faut de la démocratie sanitaire pour construire la prise en charge des usagers de demain sous peine d'échouer.

Mots clés :

Gouvernance – Hôpital - Projet managérial – Collaboration – Coopération - Démarche participative – Empowerment – Hôpital magnétique

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.

