HAL
open science

Visions prospectives du cadre de santé de pôle à l'hôpital : entre stratégie managériale et expertise soignante

Paul Mekann Bouv-Hez

To cite this version:

Paul Mekann Bouv-Hez. Visions prospectives du cadre de santé de pôle à l'hôpital : entre stratégie managériale et expertise soignante. Gestion et management. Normandie Université, 2023. Français. NNT : 2023NORMC008 . tel-04122281

HAL Id: tel-04122281

https://theses.hal.science/tel-04122281v1

Submitted on 8 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Normandie Université

THÈSE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité SCIENCES DE GESTION

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

Visions prospectives du cadre de santé de pôle à l'hôpital : entre stratégie managériale et expertise soignante

Présentée et soutenue par
PAUL MEKANN BOUV-HEZ

Thèse soutenue le 14/04/2023
devant le jury composé de

M. THIERRY NOBRE	Professeur des universités, EM STRASBOURG BUSINESS SCHOOL	Rapporteur du jury
M. JEAN-MICHEL PLANE	Professeur des universités, Université de Montpellier	Rapporteur du jury
M. SEBASTIEN PAYRE	Maître de conférences, Université de Caen Normandie	Membre du jury
MME VERONIQUE ZARDET	Professeur des universités, UNIVERSITE LYON 3 JEAN MOULIN	Président du jury
MME ALINE SCOUARNEC	Professeur des universités, Université de Caen Normandie	Directeur de thèse

Thèse dirigée par ALINE SCOUARNEC (Normandie Innovation Marché Entreprise Consommation)

UNIVERSITÉ CAEN NORMANDIE

ED242 Ecole doctorale ECONOMIE - GESTION NORMANDIE

Caen Rouen Le Havre nimec

Normandie Université

THÈSE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité Sciences de gestion

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

VISIONS PROSPECTIVES DU CADRE DE SANTÉ DE PÔLE À L'HÔPITAL : ENTRE STRATÉGIE MANAGÉRIALE ET EXPERTISE SOIGNANTE

Présentée et soutenue le 14 avril 2023 par

Paul MEKANN BOUV-HEZ

Thèse soutenue publiquement le devant un jury composé de		
Mme Aline SCOUARNEC	Professeur des Universités, Université de Caen Normandie	Directrice de thèse
M. Jean-Michel PLANE	Professeur des Universités, Université de Paul-Valery Montpellier 3	Rapporteur
M. Thierry NOBRE	Professeur des Universités, Université de Strasbourg	Rapporteur
Mme Véronique ZARDET	Professeur des Universités, Université de Lyon 3	Examinatrice
M. Sébastien PAYRE	Maitre de conférence, HDR Université de Caen Normandie	Examinateur

Thèse dirigée par Mme Aline SCOUARNEC, Professeur des Universités de Caen Normandie

iae CAEN École Universitaire de Management

UNICAEN UNIVERSITÉ CAEN NORMANDIE

Caen Rouen Le Havre nimec

Normandie Université

THÈSE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité Sciences de gestion

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

VISIONS PROSPECTIVES DU CADRE DE SANTÉ DE PÔLE À L'HÔPITAL : ENTRE STRATÉGIE MANAGÉRIALE ET EXPERTISE SOIGNANTE

Présentée et soutenue le 14 avril 2023 par

Paul MEKANN BOUV-HEZ

Thèse soutenue publiquement le devant un jury composé de		
Mme Aline SCOUARNEC	Professeur des Universités, Université de Caen Normandie	Directrice de thèse
M. Jean-Michel PLANE	Professeur des Universités, Université de Paul-Valery Montpellier 3	Rapporteur
M. Thierry NOBRE	Professeur des Universités, Université de Strasbourg	Rapporteur
Mme Véronique ZARDET	Professeur des Universités, Université de Lyon 3	Examinatrice
M. Sébastien PAYRE	Maitre de conférence, HDR Université de Caen Normandie	Examinateur

Thèse dirigée par Mme Aline SCOUARNEC, Professeur des Universités de Caen Normandie

iae CAEN École Universitaire de Management

UNICAEN UNIVERSITÉ CAEN NORMANDIE

Caen Rouen Le Havre nimec

REMERCIEMENTS

À Madame Aline SCOUARNEC, Professeur agrégée en sciences de gestion à l'Université de Caen Normandie.

Par vos précieux conseils et vos encouragements, vous m'avez guidé et soutenu tout au long de ces années. Veuillez trouver dans ce travail l'assurance de mon profond respect et l'expression de ma sincère gratitude.

À Monsieur Jean-Michel PLANE, Professeur agrégé en sciences de gestion à l'Université de Paul Valery de Montpellier 3.

À Monsieur Thierry NOBRE, Professeur agrégé en sciences de gestion à l'Université de Strasbourg.

À Mme Véronique ZARDET, Professeur agrégée en sciences de gestion à l'Université Lyon 3

Je vous prie de trouver ici tous mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger ce travail.

À Monsieur Sébastien PAYRE, Maître de conférence, HDR à l'Université de Caen Normandie, rapporteur de ce travail.

À Monsieur Mohamed TISSIOUI, Maître de conférence, à l'Université de Caen Normandie

Recevez tous mes remerciements pour votre aide et vos conseils tout au long de ce travail de recherche.

À Monsieur Joël BRE, Professeur agrégé en sciences de gestion à l'Université de Caen Normandie.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect pour avoir supervisé au cours de ces années nos séminaires doctoraux. Vos conseils et vos interventions m'ont vraiment aidé dans la construction de ce travail.

À Madame Laurence AMEDRO, Assistante de recherche de NIMEC à l'Université de Caen Normandie.

Votre gentillesse et votre disponibilité ont été remarquables et réconfortantes. Tous mes sincères remerciements.

Un clin d'œil à Denis LECOQ,

À tous les doctorants de NIMEC,

Merci à tous pour vos contributions aux séminaires et en dehors des séminaires doctoraux .

À mes enfants : Margaux, Nathan et Léa,

À ma compagne Yvette,

Trouvez dans ce travail, l'expression de tout mon amour.

RÉSUMÉ- ABSTRACT

Résumé :

L'ordonnance 2005 a créé les pôles d'activité au sein de l'organisation hospitalière dans un but de casser les barrières qui existaient entre les différents services. C'est la fin de la « balkanisation » de l'hôpital. C'est ainsi qu'au niveau de chaque pôle nous avons vu l'arrivée d'un quatuor constitué du chef de pôle, d'un directeur référent, d'un cadre de santé de pôle et d'un cadre administratif de pôle. Ils auront pour rôle de veiller à l'animation et à la supervision de cet organe qui est le pôle d'activité. Chacun va avoir un périmètre bien déterminé. Ainsi, le cadre de santé de pôle aura la charge de la gestion et du managements des cadres de santé de proximité. Toutefois dans son rôle, nous pouvons nous interroger sur l'existence d'une tension entre stratégie managériale et l'expertise soignante.

Les rapports de Madame de Singly en 2009 et de l'IGAS en 2010 vont proposer la formation en master 1 pour les cadres de santé de proximité et de master complet pour les cadres de santé de pôles. L'objectif de cette formation est de leur assurer les compétences nécessaires à l'encadrement de pôle ; ce qui allait transformer en profondeur les missions et les fonctions de tous les cadres hospitaliers.

Ceci nous amène à nous poser la question suivante : quelles visions prospectives pour le cadre de santé de pôle ?

L'intérêt de cette recherche est de comprendre l'évolution de la fonction ou du métier de cadre de santé de pôle au cours des mutations internes et externes rencontrées ces dernières années.

Par la prospective des métiers nous avons essayé de définir, à partir des acteurs-experts, les différents scénarios qui définiront la fonction de cadre de santé de pôle de demain.

Mots clés : visions prospectives – cadre de santé de pôle – stratégie managériale – expertise soignante.

Abstract

The regulatory text of 2005 created activity centers within the hospital organization with the aim of breaking down the barriers that existed between the different services. This is the end of the "balkanization" of the hospital. Thus, at the level of each pole, we have seen the arrival of a foursome made up of the head of the pole, a referent director, a pole health manager and a pole administrative manager.

Their role will be to ensure the animation and supervision of this body which is the center of activity. Each will have a well-defined perimeter. Thus, the pole health manager will be responsible for the management and management of local health managers. However, there is the question of the existence of a tension between managerial strategy and nursing expertise.

The reports of Mrs. de Singly in 2009 and the IGAS in 2010 will offer training in master 1 for local health managers and full master for center health managers. The objective of this training is to provide them with the skills necessary for pole management; which would profoundly transform the missions and functions of all hospital executives.

What prospective visions for the pole health manager?

The interest of this research is to understand the evolution of the function or profession of the pole health manager during these internal and external changes encountered in recent years.

Through the forecasting of professions, we have tried to define, from the actor-experts, the different scenarios that will define the function of the pole health executive of tomorrow.

Keywords : prospective visions – pole health manager – managerial strategy – nursing expertise.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AIMS : Association Internationale de Management Stratégique

ANAP : Agence Nationale d'appui à la Performance

ASH : Agent de Service Hospitalier

ASIP Santé : Agences des Systèmes d'Information Partagé de Santé:

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CA : Conseil d'Administration

CE : Conseil Exécutif

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CHT : Communauté Hospitalière de Territoirs

CS : Conseil de Surveillance

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CTE : Commission Technique d'Etablissement

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-sociale

CNP : Conseil National de Pilotage

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie

CNRTL : Centre National des Ressources Lexicales

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

DMP : Dossier Médical Partagé

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DOF : Department Of Defense

DRH : Direction des Ressources Humaines

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Dépendantes

ENT : Entretien

ETP : Equivalent Temps Plein

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

GRH : Gestion des Ressources Humaines

HAD : Hospitalisation A Domicile

HDR : Habilitation à Diriger les Recherches

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MACSF : Mutuelle des Assurances du Corps de Santé Français

PM : Prospective des Métiers

PMP : Projet Médical Partagé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

QVT : Qualité de la Vie au Travail

RH : Ressource Humaine

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SPH : Service Public Hospitalier

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SWOT : Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

T2A : Tarification à l'Activité

SOMMAIRE GÉNÉRAL

INTRODUCTION GÉNÉRALE **10**

PREMIÈRE PARTIE : L'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE

ET SON ÉVOLUTION **18**

INTRODUCTION DE LA PREMIÈRE PARTIE 21

CHAPITRE I : CONTEXTE DE LA RECHERCHE 23

CHAPITRE II : JUSTIFICATIONS DE LA RECHERCHE 54

CHAPITRE III : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL 63

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE 116

DEUXIÈME PARTIE : DÉMARCHE DE LA RECHERCHE **118**

INTRODUCTION DEUXIÈME PARTIE 123

CHAPITRE IV : PROBLÉMATIQUE - QUESTIONS - MÉTHODOLOGIE

DE LA RECHERCHE 125

CHAPITRE V : RÉSULTATS ET DISCUSSIONS 149

CHAPITRE VI : APPORTS, LIMITES ET PERSPECTIVES DE LA RECHERCHE 300

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE 308

CONCLUSION GÉNÉRALE **310**

ANNEXES 316

LISTE DES ILLUSTRATIONS 532

BIBLIOGRAPHIE 536

INTRODUCTION GÉNÉRALE

.

Objet de la recherche

Cette étude prend appui sur les rapports de Madame de Singly (2009) et l'Inspection générale des Affaires sanitaires et sociales (2010) sur la formation des cadres hospitaliers.

Son objet est d'analyser les fonctions du cadre de santé de pôle aujourd'hui et d'envisager, dans le cadre de la prospective des métiers, ses transformations possibles dans l'hôpital de demain.

La prospective qui est appliquée aujourd'hui aux organisations semble avoir pris naissance au début du 20ème siècle (Scouarnec, 2008). Elle est reconnue comme une réflexion sur les futurs possibles au sein des organisations ainsi qu'au sein des futures fonctions attribuées aux personnels qui constituent ces organisations.

L'objectif principal de la prospective est l'élaboration des différents cheminements ou développements plausibles qui tiennent compte des degrés de liberté des acteurs en jeu (Scouarnec, 2008). L'hôpital a changé et est appelé à évoluer davantage, que ce soit au niveau de ses structures, ses organisations ou au niveau de ses ressources financières et humaines. Les mutations que connaît l'hôpital aujourd'hui accompagneront ces changements.

Notre recherche s'inscrit dans une démarche qui consiste à faire progresser, à faire évoluer la méthode prospective des métiers, particulièrement pour ce qui nous concerne ici, les métiers qui appartiennent à l'organisation hospitalière, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux.

L'hôpital fait partie de ces organisations en mutations. Il mérite par conséquent d'être revisité pour comprendre ses évolutions, ses réformes dans le temps.

L'histoire du système de santé français prend ses racines dans l'histoire religieuse par la mise en place des premiers lieux d'accueil des malades qui étaient à proximité des églises et des congrégations religieuses dont les membres se consacraient aux soins des malades[1].

1 Nouvelles organisations et architectures hospitalières, Ministère de la Santé et des Solidarités

.

Le système de santé français s'organise autour des structures multiples[2] : le sanitaire en ce qui concerne la prise en charge hospitalière, le médico-social et le social pour les personnes fragiles comme les personnes en situation du handicap, et l'ambulatoire pour les soins de ville. La prise en charge des patients se fait à la fois en médecine de ville et à l'hôpital.

Il existe des structures de ville appelées aussi ambulatoires dans lesquelles les professionnels libéraux travaillent à titre individuel soit en cabinet, en groupe ou de manière coordonnée en maison ou en centre de santé.

Les établissements hospitaliers sont répartis en trois grandes catégories. Nous y trouvons les hôpitaux publics, les cliniques privées à but lucratif et les établissements privés d'intérêt collectif de lutte contre le cancer ou de dialyse (ibid).

Le système est à la fois public et privé. Il fonctionne selon différents modes d'organisation, de gestion et de financement. L'objectif poursuivi est la prévention, les soins, l'accompagnement des malades ainsi que la recherche (ibid). Nous pouvons aussi remarquer que les modes de prises en charge des patients ont connu des évolutions au cours de ces années, tant au niveau de la forme que de la durée de l'hospitalisation.

Par ailleurs, il existe dans le système de santé français[3] des établissements médico-sociaux qui regroupent les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les structures pour les personnes en situation du handicap.

L'évolution des réformes à l'hôpital au cours des siècles a vraiment tenu compte des évolutions des besoins de la population et des priorités de santé publique. L'hôpital est régi par le principe du libre choix. Le patient choisit la structure, son médecin et son spécialiste dans le cadre de sa prise en charge.

2 Système de santé, médico-social et social. Pour une prise en charge globale de la personne, 10.11.17
3Système de santé, médico-social et social. Pour une prise en charge globale de la personne, 10.11.17

Dans son histoire, le système français a connu différentes réformes qui font qu'aujourd'hui il est considéré comme un système d'excellence bien reconnu sur toute la planète. Nous lui distinguons trois niveaux d'actions : le niveau national, le niveau régional et le niveau local.

Le schéma régional de santé[4], désormais unique, fusionne les schémas régionaux d'organisation sanitaire et les schémas régionaux d'organisation médico-sociale. Il est établi pour cinq ans et détermine l'ensemble de l'offre de soins et de service.

La recomposition de l'offre de soins est réellement organisée à partir du « Plan Hôpital 2007 » avec des restaurations, des changements au niveau des modes de prise en charge et l'organisation en pôles d'activités. Cette nouvelle organisation aura pour objectif, entre-autres, de décloisonner les unités fonctionnelles.

C'est l'ordonnance du 2 mai 2005 qui va établir la nouvelle gouvernance des établissements publics de santé avec une nouveauté, la création des pôles d'activité. Elle va reposer sur deux principes (Vallejo et al. 2018) : la priorité donnée au pilotage médico-économique et le principe de subsidiarité avec prise de décision au plus près des personnels soignants. C'est-à-dire de la production des soins. Cette mesure s'accompagne de dispositif de contractualisation interne et de délégation de signature des directeurs d'établissements aux chefs de pôles.

Dans cette configuration gestionnaire, nous retrouvons le quatuor du pôle dans lequel le cadre de santé de pôle occupe une place considérable, celle d'exécutant des projets et des actions de pôles.

4 ARS Agir pour la santé. Schéma régional de santé, 20 février 2018

Organisation	Composition
Avant la loi HPST	Conseil d'administration, Président :le Maire
	Directeur, Président du Conseil Exécutif
	Responsable de pôle
	Chef de service
Après la loi HPST	Conseil de surveillance dirigé par le directeur assisté du directoire
	Directeur
	Directoire, Président le directeur
	Chef de pôle
	Responsable de structure interne

Tableau 1 : l'organisation de l'hôpital avant et après la loi HPST.

Nous allons présenter dans un premier temps une approche historique du système de santé ainsi que l'évolution de l'hôpital jusqu'à nos jours. Dans un deuxième temps, nous aborderons les raisons qui nous ont conduit à choisir ce sujet de recherche. Ensuite, nous présenterons le cadre théorique et conceptuel.

Enfin, nous terminerons par notre démarche de recherche comprenant notre problématique, le choix méthodologique de la recherche, des résultats, la discussion, les apports et limites et la conclusion de notre travail de recherche.

Nous vous présentons ci-dessous le récapitulatif des différentes phases de notre travail de recherche partant du contexte jusqu'aux apports et les limites de cette thèse.

.

Design de la recherche

Le tableau 2 ossature de la recherche présente le design de la recherche. Il consiste à présenter les liens entre les différentes parties, depuis le contexte général jusqu'aux résultats et apports de la recherche.

Tableau 2 : ossature de la recherche

Introduction générale	
Première partie : l'administration hospitalière et son évolution	
Introduction de la première partie	
Chapitre I : contexte de la recherche	Organisation générale de l'hôpital dans une architecture en perpétuelle évolution
Chapitre II : justification de la recherche	Décret 2005 portant création des pôles d'activité
	Rapport de Mme de Singly en 2009
	Rapport de l'IGAS en 2010
	Besoins de formation des cadres hospitaliers
Chapitre III : cadre théorique et conceptuel	Synthèse de la littérature sur différents concepts
Conclusion de la première partie	
Deuxième partie : démarche de la recherche	
Introduction de la deuxième partie	
	Quelles visions prospectives pour le cadre de

.

Chapitre IV : problématique – questions et méthodologie de la recherche	santé de pôle de demain ?
	Comment le cadre de santé de pôle peut-il acquérir les compétences nécessaires à une fonction pivot et à l'animation des actions transversales ?
Questions subsidiaires	Comment peut-il acquérir cette capacité de donner du sens et à le porter à la compréhension de tous les acteurs ?
	Quelle articulation peut-il y avoir entre stratégie managériale et expertise soignante ?
Méthodologie de la recherche	
Positionnements épistémologiques	Constructivisme
	Interprétative
Terrains d'investigations	Organisations hospitalières
Récolte des données	30 entretiens semi-directifs (niveau de saturation)
	80 questions pour l'analyse quantitative, 25 personnes ayant rempli complètement
Différentes approches d'analyse	Analyse et résultats du logiciel Sphinx iQ3
	Analyse manuelle de contenu
	Questionnaire prospectif : logiciel Survio

.

	Focus groupe : élaboration des visions prospectives du cadre de santé de pôle
Chapitre V : résultats et discussions	
Résultats retenus	Gestionnaire de filières et parcours de soins
	Responsable des relations extérieures
Discussions	Sur les différents résultats
Chapitre VI : apports et limites du travail de recherche	Apports et limites de la méthodologie
	Apports managériaux
Conclusion de la deuxième partie	
Conclusion générale	

.

PREMIÈRE PARTIE : L'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE ET SON ÉVOLUTION

.

INTRODUCTION DE LA PREMIÈRE PARTIE **21**

CHAPITRE I : CONTEXTE DE LA RECHERCHE **23**

I. Une organisation de l'hôpital dans une architecture en perpétuelle évolution 24

I.1. Une histoire du système hospitalier pleine de bouleversements 24

I.2. La place occupée par les organes de tutelle 31

I.3. Des missions très diversifiées dans une organisation administrative 35

I.4. Des compétences et rôles spécifiques du cadre de santé de pôle dans la nouvelle gouvernance 43

I.5. Les apports de la loi HPST dans l'organisation moderne de l'hôpital 49

CHAPITRE II : JUSTIFICATIONS DU CHOIX DU SUJET **54**

II.1. Le constat : le recours à la formation des cadres hospitaliers 55

II.2. Les objectifs de l'ordonnance de mai 2005 60

CHAPITRE III : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL **63**

III.1. Approche de la stratégie managériale 64

III.2. Approche de l'expertise soignante 72

III.3. Approche de la vision prospective 76

III.4. Approche de la théorie de leadership 80

III.5. Approche de l'évolution du management de demain 84

III.6. Le management : un concept utile en économie et en gestionnaire des entreprises 85

III.7. Le cadre de santé de pôle : un gestionnaire incontournable à l'hôpital 92

III.8. La compétence : une notion plurielle, cognitive et évaluative 97

III.9. Donner du sens : un gage d'engagement assuré 103

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE 116

.

INTRODUCTION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Dans cette partie, nous allons particulièrement traiter de l'évolution du système de santé français avec une acuité particulière pour l'hôpital public.

Partant des congrégations religieuses qui ont marqué la prise en charge des personnes démunies, le système de santé français a connu des réformes qui ont modifié en profondeur et questionné son fonctionnement et ses organisations.

Par son Plan « Hôpital 2007 », l'hôpital public a mis en place une modernisation de son système de santé. Le Plan « Hôpital 2007 » va avoir pour objectif, entre-autres, de modifier l'architecture de l'hôpital. Il sera renforcé plus tard par la loi HPST (Hôpital Patient Santé et Territoire) qui va reconnaître la place du directeur d'établissement et surtout créer les pôles d'activité. Un des objectifs des pôles sera de ramener le centre décisionnaire au plus près des acteurs et de procéder en même temps aux différents décloisonnements de ses unités fonctionnelles.

Il n'empêche que l'organisation en pôle d'activité générait au départ des questionnements en rapport avec ses gestionnaires, plus précisément au niveau de leurs compétences.

Dans un premier temps, l'administration hospitalière a privilégié la formation des chefs de pôles sur les méthodes de gestion au détriment des cadres soignants et administratifs. C'est plus tard, au vu de plusieurs rapports qui indexaient le manque de compétences et de formation des cadres de santé de pôles que l'administration va, dans un second temps, accepter de leur donner accès à ces formations.

Après avoir abordé le contexte et les raisons qui ont justifié le choix de notre sujet, nous terminerons cette première partie par l'étude de notre de cadre théorique et conceptuel avant d'entamer la deuxième et dernière partie de cette recherche.

.

CHAPITRE I. CONTEXTE DE LA RECHERCHE

I. UNE ORGANISATION GÉNÉRALE DE L'HÔPITAL PUBLIC DANS UNE ARCHITECTURE EN PERPÉTUELLE ÉVOLUTION

I-1. Une histoire du système hospitalier pleine de bouleversements

L'histoire de l'hôpital est marquée par des évolutions sans cesse de ses missions. Initialement, sa mission fondamentale était l'hébergement des pauvres. Au fil des années les missions de l'hôpital se sont transformées. Désormais l'hôpital assurera l'accueil, la prise en charge médicale, la prévention et la recherche dans le cadre d'un service public hospitalier.

Depuis la société française d'histoire des hôpitaux, nous avons assisté à des transformations de l'administration et à des mutations des fonctions de l'hôpital (Chauveau, 2011). L'histoire des hôpitaux s'est illustrée dans l'analyse des formes d'assistance et des questions de l'administration sans oublier celles relatives aux personnels et aux populations admis en son sein, à la diffusion des pratiques médicales en lien avec des spécificités locales. Plus tard, cette histoire va s'enrichir des apports à la fois de la sociologie et de l'économie de la santé.

Nous pouvons remarquer une évolution sur deux aspects marquants :

- dans un premier temps, l'aspect sociologique fait de l'hôpital le lieu d'accueil des populations vulnérables que nous appelions jadis les « indigents » ou les accidentés de la route. Ils recevaient des soins gratuitement. Les structures étaient construites en dehors des villes sans vocation médicale. Au XVIIe siècle[5] la pauvreté devient une préoccupation des pouvoirs publics. C'est ainsi que l'État va accueillir des sans-logis, des mendiants et des exclus de tout bord. Cependant l'histoire de l'hôpital en France qui est liée au fil des ans à l'histoire du système de soins va être confrontée progressivement au problème de ses coûts.

- le deuxième temps est marqué par les aspects économiques. L'hôpital connaît une évolution de ses coûts. D'une manière générale, les dépenses de santé deviennent de plus en plus chères mais elles sont jusque-là supportables.

5 Histoire de l'hôpital et prise en charge des personnes en situation de pauvreté

Au moyen âge, l'hôpital représentait un bâtiment souvent appelé Hôtel-Dieu ou lieu d'asile et hospice (Histoire de l'hôpital et prise en charge des personnes en situation de pauvreté) (ibid). Il était maintenu par des congrégations religieuses dont la gestion incombait aux personnalités municipales (ibid).

L'hôpital continue à fonctionner dans une administration et par-delà prodigue des soins et participe au contrôle social. L'hôpital est reconnu comme lieu d'accueil où les « personnes naissent et meurent » (ibid).

En 1796, pendant la révolution française, les hôpitaux passent sous le contrôle des municipalités, bien qu'il faille attendre 1941 pour qu'ils soient étatisés (Safon, 2017). L'hôpital se révèle aussi un lieu de pouvoir et de jeux de pouvoirs entre le monde médical, le personnel soignant et l'administration (Safon, 2017). C'est un milieu fortement hiérarchisé dans lequel les différents corps de métiers évoluent sans vraiment tenir compte des règles du marché ; la santé est un bien commun à tous qui n'a pas de prix (Safon, 2017).

La loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics et le décret du 17 avril 1943[6] vont transformer profondément la conception de l'hôpital public. Désormais l'hôpital passe d'une logique ayant pour vocation le secours aux pauvres à une logique d'assistance des malades. Ces deux textes sont d'une grande profondeur telle qu'ils créent la fonction de directeur et revoient l'organisation de l'hôpital en services.

L'ordonnance du 4 octobre 1945[7] de la sécurité sociale favorise l'hôpital à développer son activité et lui permet de faire face à une demande croissante de soins pour les travailleurs, leurs ayants-droits et les personnes en situation de précarité sociale.

Comme lieu d'accueil exclusif des pauvres et d'administration de soins depuis le XIXème siècle, l'hôpital a connu des transformations majeures au XXème siècle, passant de l'établissement géré par les communes aux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). C'est la réforme Debré (Debrosse, 2010) qui instaure une médecine hospitalo-universitaire.

6 Legifrance-décret n°43-891 du 17 avril 1943
7 Legifrance-ordonnance n°45-2250 du 4 octobre 1945

Le rôle des hôpitaux est amplifié, prenant à bras le corps le traitement des malades et la prévention par la médecine préventive, de diagnostic et de réadaptation fonctionnelle. Les hôpitaux sont classés en Centres hospitaliers régionaux (CHR), hôpitaux ruraux (HR) et en maisons de retraite, auparavant appelées hospices. Cette réforme organise le principe des cliniques ouvertes et le secteur privé. Une certaine clientèle est adressée ou recrutée pour des médecins, chirurgiens et spécialistes qui travaillent dans l'établissement. Le but était de fidéliser le personnel médical.

L'hôpital est une institution[8] parce qu'il y a des attentes en matière de soins, de politiques publiques de santé et une organisation par la modernisation de l'offre de soins qui s'appuie sur des nouvelles technologies. Ces évolutions vont entraîner beaucoup d'exigence au niveau de la qualité, de la sécurité sanitaire et de la mise en place des méthodes de gestion et de management dans le milieu hospitalier. La tendance est d'importer les pratiques de gestion du privé au sein de l'hôpital public. L'hôpital est aussi une organisation qui dispose des moyens matériels, en personnels et financiers. Il assure pour cela une offre de soins dans le respect des règles et des normes décidées par les pouvoirs publics. Avec le développement des plateaux techniques, la maîtrise des dépenses sanitaires devient une donnée importante. Il faut adapter les conceptions budgétaires spécifiques au monde hospitalier. Les coûts en personnels médicaux deviennent de plus en plus importants à partir des années 1960. Les dépenses liées aux soins croissent à partir des années 1970. Notons que la loi du 31 décembre 1970 va définir le cadre de l'hospitalisation d'une part et les bases de la planification sanitaire d'autre part. La notion de Service Public Hospitalier (SPH) est créée avec égalité d'accès, de traitement pour tous et la continuité de service. Le financement des hôpitaux en ce moment-là dépend du prix de la journée dont le montant est négocié entre l'institution hospitalière et sa tutelle. La croissance des dépenses a entraîné la création d'un taux directeur pour ce prix de journée afin de maîtriser l'augmentation des dépenses. Cette mesure ne suffira pas. Dès le début des années 80, le recours à la dotation globale va ainsi voir le jour. C'est vrai qu'elle a limité en partie la progression des dépenses de santé.

8 Les tribunes de la santé n°33 – février 2011

Chaque année l'hôpital devait recevoir une dotation globale pour l'activité réalisée au cours des douze derniers mois (Tabard, 2017). Cependant, cette dotation globale présentait des effets pervers du fait de son caractère inégalitaire. Dès lors on a pu observer de nombreuses inégalités entre établissements, particulièrement des inégalités en termes des moyens. Comme il n'y avait pas de correction en cours d'exercice, l'hôpital abandonnera plus tard cette réforme au profit de la tarification à l'activité (T2A).

L'instauration des schémas régionaux d'organisation sanitaire par la loi du 31 décembre 1991 offre des alternatives à l'hospitalisation. En ce qui concerne le pilotage, des nombreuses innovations en matière de planification sanitaire, du management hospitalier, d'organisation hospitalière et de coopération entre établissements seront créées, améliorant ainsi l'organisation territoriale des établissements (loi décembre 1991). Cependant, le système de santé reste encore très inégalitaire dans le domaine d'accès aux soins. La loi de décembre 1991 va avoir un double objectif : contenir les dépenses hospitalières et parallèlement développer la santé publique.

Cinq ans plus tard, l'ordonnance hospitalière de 1996 va rationaliser l'hôpital et instaurer l'accréditation. L'unicité du système hospitalier est reconnue au-delà du statut des établissements qui doivent assurer certaines missions dans l'intérêt du malade. Il s'agit des missions de qualité et de la sécurité des soins prodigués aux malades. Le schéma régional d'organisation (SROS) va avoir une dimension prospective et qualitative. « Il détermine en effet la répartition géographique des installations et des activités de soins définies par la carte sanitaire ainsi que la nature et l'importance des moyens d'hospitalisation et des équipements qui doivent permettre d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population » (Vincent, 2005). Nous nous sommes aperçus finalement que les instruments de la planification avaient montré ses limites. La carte sanitaire était basée sur l'existant et de fait ne permettait pas une bonne adéquation de l'offre de soin. « Les SROS de deuxième génération, d'approche trop segmentée ne portaient pas sur la planification des structures médico-sociales » (Vincent, 2005).

.

En dépit de cette organisation sanitaire, l'hôpital devait faire face aux demandes des usagers ; ce qui va amener la mise en place par le législateur d'une nouvelle disposition réglementaire : la loi du 4 mars relative aux droits du patient. C'est l'apparition du concept « démocratie sanitaire » qui va affirmer le rôle des usagers dans le dispositif de santé. La démocratie sanitaire est un concept qui veut dire « la participation citoyenne aux politiques de santé » (Arveiller et Tizon, 2016). Les ARS donnent une définition complète et pratique, selon laquelle « la démocratie sanitaire est une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation » (Arveiller et Tizon, 2016).

Nous entendons par « acteurs du système de santé », l'ensemble des personnels médicaux, paramédicaux et des usagers (patients). Nous peuvons d'autant plus l'affirmer que l'éducation thérapeutique est bien installée dans les pratiques hospitalières dans la relation patient-soignant.

Nous offrons dans les lignes qui vont suivre une présentation résumée par ordre chronologique de « quelques repères historiques » de l'évolution de l'hôpital public en France[9]:

Entre le IVe et le Ve siècle, sont créées des maisons d'hospitalité pour recevoir les malheureux malades, les personnes âgées ou les pèlerins sur le chemin de Compostelle.

À partir du XIIe siècle, avec la lutte contre la lèpre qui sévit aux alentours des grandes villes, les établissements spécialisés ont été créés.

En 1260, c'est la création de l'hospice des Quinze-Vingts par Louis IX. C'est en 1515-1549 que le Grand Bureau des Pauvres est créé par François 1er. Le bureau avait pour missions la coordination de l'activité des hôpitaux du royaume et accorde aux officiers royaux l'administration hospitalière.

9 www.irdes.fr: Historique des réformes hospitalières en France

En 1551 c'est l'instauration d'une taxe communale à la faveur des pauvres pour faire face au déséquilibre des comptes hospitaliers sous Henri II. Nous avons là les prémisses des dépenses hospitalières.

En 1648, l'établissement des Enfants-Trouvés est créé par Vincent de Paul.

En 1662, un hôtel-Dieu et un hospice sont créés à la demande de Louis XIV pour y recevoir et renfermer les indigents, les enfants comme les vieillards.

En 1670, c'est la création par Louis XIV d'une structure qui va désormais s'occuper des personnes mutilées de guerre. C'est l'hôtel des Invalides.

En 1790, « les hôpitaux sont confisqués aux congrégations religieuses et le décret du 23 messidor de l'an II (1794) nationalise les hôpitaux ».

Le 7 octobre 1796, du fait de la situation plus critique qu'auparavant la gestion des hôpitaux est remise à nouveau aux communes. Plus tard en 1838 est créé un asile pour les aliénés.

1941 est l'année qui marque le début de l'étatisation des hôpitaux qui aboutit en 1958 à la réforme hospitalo-universitaire.

1960, la sectorisation de la psychiatrie est mise en place avec le début du mouvement anti-asile.

1970 : l'hôpital se transforme et marque ses premiers dispositifs d'un système hospitalier.

En 1991 : c'est la planification hospitalière avec la régionalisation étatique en 1996 et la reconfiguration des établissements de santé.

La réforme de mars 2002 portant la création les droits des patients met en place un contre-pouvoir médical.

En 2005, c'est la réforme de la nouvelle gouvernance qui va créer les pôles d'activité et l'ensemble des modalités du nouveau système hospitalier.

En 2009, la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) est créée avec un point saillant le renforcement du rôle directeur de l'hôpital.

.

Elle sera suivie d'une loi de modernisation du système de santé en 2016 qui va rétablir les missions du service public hospitalier qui avaient été supprimées par la loi HPST.

Depuis les années quatre-vingt-dix, plusieurs réformes ont permis de retracer plusieurs enseignements. La création des nouveaux concepts comme la « démocratie sanitaire », « la liberté d'organisation des services médicaux et soignants avec un temps la disparition de chefs de service puis leur retour (Foucaud, 2016) avec des attributions clarifiées et distinctes de celles du chef de pôle, la contractualisation interne, l'intéressement, le projet d'établissement, la comptabilité analytique ou l'évaluation » (Vincent, 2005) et la certification qui sont aujourd'hui plus que jamais d'actualité.

Nous pouvons dire en conclusion que l'organisation interne de l'hôpital présente encore quelques faiblesses dont le plus important à nos yeux reste le pilotage. Il faut que le pilotage soit consolidé en dépit la loi HPST qui a apporté une grande partie de sa modernisation. Cette consolidation passe par l'amélioration de la contractualisation interne au niveau des pôles qui doit respecter le cadre réglementaire inhérent au principe de la délégation.

Un autre point qui mérite une acuité particulière est le dialogue social : il faut améliorer le taux de syndicalisation qui est toujours en baisse en France (11%)[10] par rapport aux autres pays européens (23% en moyenne), l'application du dialogue social au sein des pôles. « La loi pose en effet le principe du dialogue social interne au sein du pôle. Le chef du pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle »[11].

Nous ne pouvons traiter de l'organisation hospitalière sans aborder les questions des prérogatives de ses organismes de tutelle.

10 Le taux de syndicalisation recule, DARES, 2018
11 Dialogue social à l'hôpital – Avenir hospitalier, 12 décembre 2016

I.2. La place occupée par les organes de tutelle depuis l'Agence Régionale de l'Hospitalisation jusqu'à l'Agence Régionale de Santé

L'organisation hospitalière a connu deux organes de tutelle qui sont : l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) qui a fait place à l'Agence Régionale de Santé (ARS) par l'article 118 de la loi HPST de juillet 2009.

Les Agences Régionales d'Hospitalisation étaient issues de la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Elles ont été créées par l'ordonnance du 24 avril 1996 et comptait au total 26 agences.

Chaque région disposait d'une ARH qui était sur le plan juridique un groupement d'intérêt public avec une autonomie administrative et financière. Les ARH étaient responsables de la mise en œuvre du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) qui déterminait un plan quinquennal de l'offre des soins hospitaliers en région. Un plan qui était défini en collaboration des professionnels de santé en tenant compte des avis des comités de l'organisation sanitaire ainsi que des priorités régionales de santé indiquées par les travaux des conférences régionales de santé[12]. La politique hospitalière ainsi déterminée, chaque agence régionale de santé devait conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et chaque établissement de soins avait l'obligation de suivre l'objectif de retour à l'équilibre financier.

Les ARH devaient analyser et coordonner les activités des établissements de santé, déterminer les ressources inhérentes et contrôler leur fonctionnement. En cas de non-respect des objectifs assignés, l'établissement devait subir une sanction qui était une suspension ou un retrait d'autorisation d'activité. Elles pouvaient également appliquer des pénalités lorsque les objectifs n'étaient pas atteints. L'établissement de santé pouvait aussi se retrouver sous administration provisoire en cas de déficit aggravé.

12 ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation - Mutuelle

Les Agences Régionales d'Hospitalisation vont être remplacées par les ARS par la loi du 29 juillet 2009 qui a mis en place la modernisation du système soins par la réforme de l'Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST).

Cette réforme fera que les ARS vont non seulement récupérer les prérogatives des ARH mais aussi celles des Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales ainsi que les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (Loi du 29 juillet 2009). Tous ces organismes se sont vus disparaître pour constituer une seule entité, l'ARS. Le but est de simplifier la prise en charge des patients en améliorant des synergies.

Les ARS, dotés d'une personnalité morale de droit public, sont composés de structures qui permettent de répondre aux principaux besoins (Loi du 29 juillet 2009). Parmi ces structures, nous notons la direction de l'analyse de la demande en matière d'observation de l'état de santé, de statistiques et de gestion du risque. Il y a également la direction de la santé publique, la direction de la démocratie sanitaire (relation avec les usagers et la conférence régionale de santé et l'autonomie), la direction de l'offre de soins regroupant l'ambulatoire, les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Les principales missions des ARS sont le pilotage de la santé publique et de la régulation de l'offre de santé. L'ARS doit rendre le système de santé plus cohérent et harmonieux dans le parcours des soins tout en effaçant le cloisonnement qui existait entre l'hôpital, le médico-social et la médecine de ville. La programmation de l'offre de soins est ainsi définie au travers des schémas régionaux d'organisation. Cette offre de soins se décline en trois champs qui regroupent la prévention, les soins et le médico-social (Loi du 29 juillet 2009).

Dans le domaine du pilotage de la santé publique (Loi du 29 juillet 2009), l'ARS organise la veille et la sécurité sanitaire ainsi que l'observation de la santé.

Elle anticipe, prépare et gère également les crises sanitaires de tous ordres. Elle travaille en collaboration avec les préfets de région.

.

Enfin, l'ARS doit définir les actions de prévention et de promotion de la santé au niveau régional. Elle a pour mission d'assurer aussi l'évaluation et le financement de ces actions. Elle dispose pour cela d'un budget qui lui permet de répondre aux besoins des territoires de santé (Loi du 29 juillet 2009).

« L'ARS peut également demander, à titre exceptionnel, la fermeture de services ou d'établissements qui ne répondraient plus aux critères d'autorisation requis (exigences techniques, continuité des soins non assurée par manque de praticiens)[13] ». C'est à l'ARS que revient le pouvoir de construction des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) et la désignation de l'établissement support.

En ce qui concerne la régulation de l'offre de santé, l'ARS doit répondre aux besoins des populations et garantir l'efficacité du système de santé. De même, il est un facilitateur de l'accès aux soins, notamment les soins de premier recours. Enfin, il autorise les équipements et contractualise avec l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux pour assurer et promouvoir la bonne adéquation de l'offre aux besoins des territoires. Il en assure la qualité, la sécurité de la prise en charge et son efficacité au coût raisonnable. Il dispose d'un système d'information, un outil qui lui permet de prendre les décisions et de suivre toutes les actions entreprises. Ce système d'information regroupe deux agences (Nabet, 2011) : l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) et l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

L'ASIP Santé couvre les deux champs des systèmes d'information : celui des hospitaliers et celui des professionnels libéraux et le public. « Elle intègre la mise en œuvre des dispositifs de sécurité (identification, authentification, signature et chiffrement) nécessaires pour assurer la protection de la confidentialité des données et renforcer la confiance des utilisateurs » (Nabet, 2011). Aussi, elle s'occupe de l'« élaboration des référentiels (sécurité, interopérabilité, identification), assiste les promoteurs, gère par appel d'offres des fonds pour des projets d'investissement dont elle suivra la mise en œuvre et l'évaluation » (Nabet, 2011).

13 Agence régionale de santé – Missions des ARS - MACSF

Quant à l'ANAP, elle réalise des expertises et aide les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer leur performance afin de maîtriser les dépenses et offrir le meilleur service rendu aux usagers. Elle émet des recommandations sur la modernisation de la gestion des établissements.

l'ANAP accompagne les établissements de santé et médico-sociaux dans la mise en œuvre des dispositifs de pilotage, contribue, entre autres, à l'élaboration des tableaux de bord des ressources humaines et de gestion financière. C'est un partenaire de premier plan pour les ARS qui sert de « boîte à outils » en mettant à la disposition des établissements des référentiels et des méthodologies.

L'ARS est dirigée par un directeur général qui est nommé au Conseil des Ministres. Le directeur général de l'agence arrête le plan régional de santé pour une durée cinq ans après avis du Préfet, du conseil régional, des conseils généraux, des conseils municipaux, ainsi que de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (Nabet, 2011), Il est le responsable de la politique régionale de santé et de sa mise en œuvre. Nous lui reconnaissons des larges compétences. Il prend toutes les décisions des missions de l'agence, de son organisation et de son fonctionnement, dans le cadre des orientations stratégiques définies au plan national. Dans l'exercice de ses missions, le directeur de l'agence est assisté [14]:

- d'une équipe de direction composée de directeurs responsables des différents pôles fonctionnels ;

- d'un dispositif de concertation qui associe tous les acteurs locaux de santé à la définition et à la mise en place de la politique régionale de santé ;

- des délégations départementales dont le rôle est l'animation territoriale et la déclinaison des politiques régionales de l'agence sur le plan local.

Au plan national, les ARS disposent d'un Conseil national de pilotage (CNP) qui pilote et coordonne les travaux de toutes les agences régionales. C'est le CNP qui fixe les objectifs ainsi que la délégation des moyens financiers et humains. Aussi, il coordonne les actions des directions centrales du ministère chargé de la santé, de l'union nationale des caisses

14 ARS. La gouvernance des agences régionales, février 2018

d'assurance maladie, de la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA). Les ARS disposent d'un Conseil de Surveillance présidé par le Préfet de région et des Commissions de coordination des politiques de santé.

C'est un Etablissement Public de l'Etat qui est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

Nous abordons maintenant les différentes missions de l'organisation hospitalière administrative qui a subi une multitude de réformes ces dernières années.

I-3. Des missions très diversifiées dans une organisation administrative en rénovation

L'hôpital public assure les missions relatives aux examens de diagnostic, de traitement et la prise en charge des femmes enceintes. Il s'agit des missions de soins auxquelles s'ajoutent les missions d'hébergement pour des hospitalisations de courtes ou longues durées. Nous notons cependant une baisse de nombre de journées d'hospitalisation en dépit d'une nette augmentation du nombre d'entrées. C'est la problématique des délais de séjours.

Par ailleurs, l'hôpital public a le devoir de communication auprès de ses patients. Toutes les informations médicales contenues dans le dossier médical partagé doivent être portées à la connaissance du patient. La loi du 4 mars 2002 relative au droit du patient donne la possibilité au patient de consulter son dossier médical, d'accéder à toutes les informations le concernant.

Depuis quelques années, l'hôpital public s'est engagé dans les procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et de l'analyse de l'activité. Désormais tous les quatre ans, chaque hôpital doit effectuer une procédure de certification.

Le régime juridique du service public est défini autour de trois principes[15] : la continuité du service public, l'égalité devant le service public et la mutualité (adaptabilité). Nous comptons quatorze missions publiques définies dans le cadre de l'article L6 112-1. Ces missions prévoient :

15 Vie publique. Quelles sont les missions des établissements de santé ?

- La permanence des soins ;
- La prise en charge des soins palliatifs ;
- L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- La recherche ;
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professionnels et institutions compétentes, ainsi que les associations qui œuvrent dans ce domaine ;
- Les actions de santé publique ;
- La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ;
- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues en application du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

« La particularité de ces missions de service public, telles qu'elles sont aujourd'hui définies, est qu'elles peuvent être exercées par tous les établissements de soins qu'ils soient publics ou privés, à but lucratif ou non, dès lors que ces structures appliquent des tarifs opposables et qu'elles garantissent un égal accès aux patients, ainsi qu'un accueil 24 heures sur 24.

.

Cette ouverture des missions de service public à un nombre plus conséquent de structures permet d'éviter des situations de carence ; de mieux réguler l'offre en lien avec ces missions ; de valider, notamment en matière de permanence des soins, l'exercice par des établissements privés de ces missions ». [16]

L'organisation administrative détermine le fonctionnement de l'hôpital. L'hôpital est organisé en pôles d'activité depuis la nouvelle gouvernance.

Le Plan Hôpital 2007 apporte des réformes structurelles et adapte l'hôpital à son environnement et aux besoins croissants de la population.

« La nouvelle gouvernance est ainsi indirectement susceptible de transformer profondément le contexte de la gestion des ressources humaines par le biais de sa déconcentration et d'une contractualisation interne des moyens et des ressources » (Crozet et al. 2008). « En effet, la nouvelle gouvernance repose sur le fait que dans les établissements de santé doit s'opérer un rapprochement entre le médical et les administratifs afin que les hôpitaux soient pilotés par ce duo et ce, essentiellement dans un but d'efficience accrue des établissements » (Rivaldi, 2006).

Jusqu'à 2010, l'administration de l'hôpital avait à sa tête un conseil d'administration (CA) dont le rôle était d'élaborer la stratégie, l'évaluation et le contrôle des actions générales de l'établissement.

16Vie publique. Quelles sont les missions des établissements de santé ? Dernière modification 29 novembre 2021

.

Le CA est dirigé par le maire. Il comprend plusieurs membres dont les représentants élus des collectivités territoriales, les représentants de l'assurance maladie, du personnel médical, d'odontologie, de la pharmacie, un représentant de la commission de service de soins infirmiers, des représentants du personnel et des personnalités qualifiées. De la stratégie, le conseil d'administration adopte les orientations majeures de l'hôpital.

De même, il organise et met en œuvre le projet d'établissement. Aussi, un conseil exécutif (CE) qui, sous la direction du chef d'établissement, assure la gestion de l'hôpital. Il a à son sein des personnalités administratives et médicales. Cette composition mixte a pour finalité d'atténuer les tensions entre la direction et les équipes médicales.

Par ailleurs, les instances[17] consultatives sont composées de la Commission Technique d'Etablissement (CTE) dont le rôle est de définir la stratégie médicale et la politique de formation médicale continue et d'évaluation. Il prépare conjointement avec le chef d'établissement le projet médical. De même, la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques fait partie intégrante de ces instances consultatives. Elle remplace ce que nous appelions jadis la commission du service de soins infirmiers, qui avait omis les autres personnels, notamment les médico-techniques. Son rôle est de soumettre ses réflexions, ses contributions aux travaux au bénéfice de l'établissement. Elle est constamment consultée sur les questions des politiques d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Enfin, un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est souvent consulté sur les questions d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Toutes ces instances traditionnelles, non seulement n'ont pas été supprimées, mais elles n'ont connu aucun changement dans leurs dénominations (CET, CHSCT…).

17 Hôpital.fr, le fonctionnement de l'hôpital, 07/04/2005

Après 2010, le Conseil d'administration devient le Conseil de Surveillance (CS) créé par la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) de 2009. Il est composé de trois collèges et comprend au maximum quinze membres.

Promulguée en juillet 2009, cette loi « institue une territorialisation des politiques de santé en créant des outils permettant que les actions de prévention, les soins de premier et second recours ainsi que les prises en charge médico-sociales s'articulent et se complètent, sans rupture de continuité pour le patient ou la personne ».[18] Dans tous les établissements publics de santé est mis en place le CS qui est dirigé par un directeur assisté d'un directoire.

Le directeur a un rôle de contrôle alors que le directoire le rôle de gestion. Il faut rappeler que dans l'ancienne organisation le directeur était le président du Conseil Exécutif. Maintenant il est le président du directoire. Toutes les anciennes appellations ont changé au profit de la nouvelle architecture : à titre d'exemple le responsable de pôle de l'ancienne architecture s'appelle désormais chef de pôle, avec des compétences aujourd'hui renforcées, principalement dans le pilotage des centres opérationnels de l'hôpital. Dans le même ordre d'idée, le chef de service devient le responsable de structure interne.

L'organisation en pôles d'activité clinique et médico-technique compte à sa tête les chefs de pôles dont le rôle managérial a été renforcé par la loi HPST. Ils sont investis de réels pouvoirs qui leur permettent d'exercer leurs nouvelles fonctions. Ils mettent en œuvre la politique de l'établissement dans le but d'atteindre les objectifs fixés du pôle contenus dans le contrat de pôle et signés entre le chef de pôle et la direction de l'établissement. Le chef de pôle reçoit du directeur une délégation de signature afin de lui permettre d'engager des dépenses du pôle conformément à la réglementation. C'était un des points importants de la réforme : le principe de subsidiarité qui permettait de prendre les décisions plus réactives au plus près de la production des soins. Cependant, cette délégation de signature n'est toujours pas effective dans un grand nombre d'établissements.

18 Loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre

.

Toute demande d'allocations de ressources doit toujours remonter à la direction, malgré le contrat de pôle. « Les nombreux freins à cette délégation ont contraint le pôle à ne pas exprimer son potentiel » (Vallejo et al. 2018).

En 2006, 45% des CHU, 15% des CH et 12% des CHS (Centre Hospitalier Spécialisé) ont participé à la contractualisation interne (Rivaldi, 2006).

Le chef de pôle organise avec son équipe le fonctionnement et la gestion du pôle, assure la concertation interne avec la participation du personnel médical et paramédical pour lesquels il exerce une autorité fonctionnelle. Le chef de pôle est le garant du pilotage et le contrôle des centres opérationnels de l'organisation hospitalière. Sa nomination a connu des changements. Elle a été modifiée par la loi HPST. Avant la loi sa nomination était nationale.

Depuis la loi HPST le chef de pôle est nommé par le chef d'établissement sur présentation d'une liste établie par le président de la commission médicale d'établissement (CME). L'élaboration de cette liste tient compte de la spécificité de chaque catégorie d'établissements. C'est ainsi que pour les centres hospitaliers cette liste est établie par le président de la CME alors que pour les pôles des centres hospitaliers universitaires (CHU), cette liste est établie, d'une part par le président de la CME et d'autre part par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical[19].

Pour lui permettre de mener ses actions, le chef de pôle doit suivre une formation dans les deux à trois mois qui suivent sa nomination. Cette formation comprend la gestion financière, le pilotage médico-technique et la performance hospitalière, le système d'information hospitaliers, la qualité, la sécurité et la gestion des risques en lien avec les activités de soins. À ces éléments d'apprentissage s'ajoutent le management des équipes et la conduite du changement (Loi HPST). Il est reconnu dans ses nouvelles fonctions de management. Il est le garant du projet de pôle qu'il formalise et conduit avec son équipe. Pour cela, dans les trois mois qui suivent sa nomination et sa prise de fonction, le chef de pôle doit mettre en place son projet de pôle en cohérence avec le contrat de pôle signé avec le directeur d'établissement. Ce

19 L'organisation interne de l'hôpital : les chefs de pôles-nomination

projet doit comprendre la définition des missions et responsabilités confiées aux structures internes du pôle ainsi que l'organisation mise en place pour atteindre les objectifs du pôle. Le projet intègre la politique de l'établissement et envisage l'évolution de ses activités en termes des moyens et organisations appropriés.

Le chef de pôle est accompagné de trois autres collaborateurs : le directeur référent du pôle, le cadre de santé de pôle (ou cadre soignant de pôle) et le cadre administratif de pôle.

Le directeur référent appartient à l'équipe de direction. Il est nommé par le chef d'établissement pour le représenter auprès du pôle. Jouant un rôle d'interface, il apporte son expertise dans l'élaboration des projets du pôle et facilite les relations entre le pôle et la direction d'établissement. Il conseille le chef de pôle dans la préparation du projet et contrat de pôle.

Au bureau de pôle, le directeur référent contribue à l'analyse des activités et au suivi des ressources du pôle. Pour cela, il participe avec les autres membres du pôle à la mise en place des indicateurs spécifiques et des tableaux de bord pour le suivi de la mise en œuvre du contrat de pôle. De par son expertise, le directeur référent de pôle apporte ses connaissances dans l'élaboration des outils méthodologiques pour la réalisation et la conduite des démarches projets.

Nous pouvons regretter aujourd'hui le fait que dans bon nombre de pôles la présence du directeur référent fasse défaut. Certains centres hospitaliers, notamment les petits, souffrent de cette absence ou de cette irrégularité de présence du directeur référent.

Le cadre administratif de pôle assure le contrôle et le suivi des activités qui relèvent de son domaine. Il fait de la gestion administrative, organise, coordonne et encadre l'ensemble des moyens alloués au pôle. Par ailleurs, le cadre administratif de pôle élabore et met en place des programmes de formations. Avec le cadre soignant de pôle, le cadre administratif a les mêmes prérogatives mais chacun dans son domaine, même si parfois l'un empiète sur le périmètre de l'autre. Le cadre administratif de pôle s'occupe, entre autres, du personnel administratif, de l'élaboration des tableaux de bord et de l'activité du pôle.

.

De fait, il vérifie la pertinence des informations résultant de l'activité médicale et paramédicale des pôles dont il a la charge. Sa fonction tend vers le contrôle et la réorganisation structurelle qu'il est amené à appliquer ou à mettre en place.

Du fait de son rattachement au directeur d'établissement et au chef de pôle, il joue un double rôle médico-économique par la direction et administratif par le chef de pôle. C'est un élément clé du dispositif de pôle.

L'affectation du cadre administratif au pôle est très variable d'un hôpital à l'autre. Il peut être un Adjoint administratif ou un Attaché d'administration nommé pour s'occuper d'un ou plusieurs pôles. Certains d'entre eux sont recrutés après un master de gestion.

La comparaison entre l'ancienne et la nouvelle architecture de l'organisation interne de l'hôpital[20] est résumée dans le tableau ci-dessous.

Organisation	**Composition**
Avant la loi HPST	Conseil d'administration, Président :le Maire
	Directeur, Président du Conseil Exécutif
	Responsable de pôle
	Chef de service
Après la loi HPST	Conseil de surveillance dirigé par le directeur assisté du directoire
	Directeur
	Directoire, Président le directeur
	Chef de pôle
	Responsable de structure interne

Tableau 1 (déjà cité en p14): l'organisation de l'hôpital avant et après la loi HPST.

20Ministère chargé de la santé - Les chiffres clés de l'offre de soins en 2018

.

Quelques chiffres [21]: le secteur public regroupe 1389 sites dont 178 centres hospitaliers régionaux et/ou universitaires, 962 centres hospitaliers dont les anciens hôpitaux locaux, 96 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et 153 autres établissements publics. Sur l'ensemble des hôpitaux, le secteur public représente 45% avec un total de 253364 lits et 41361 places.

I-4. Des compétences et rôles[22] spécifiques du cadre de santé de pôle dans la nouvelle gouvernance

Un rappel de la législation s'impose. D'un point de vue légal et réglementaire, le cadre de santé relève du décret n°2001 – 1375 du 31.12.01 portant statut particulier du corps des cadres santé de la Fonction Publique Hospitalière et de l'ordonnance 2005 – 406 du 2/5/2005 définissant les règles de la gouvernance hospitalière. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires comme le décret du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé contribuent également à ce cadre réglementaire.

De même, l'arrêté du 25 juin 2013 fixe la composition du jury et les modalités d'organisation des concours professionnels permettant l'accès au grade de cadre supérieur de santé et au grade de cadre supérieur de santé paramédical de la fonction publique hospitalière.

Le cadre de santé de pôle ou cadre soignant de pôle[23] a un périmètre d'action qui va de la planification, de l'organisation et de la coordination des soins ainsi que les autres activités non visibles (relations extérieures) du pôle.

« Nommé sur proposition du chef de pôle, le cadre de santé de pôle tient sa légitimité de lui et relève de son autorité. Ce qui change considérablement les jeux de pouvoir et de subordination entre lui et les directeurs de soins » (Chauvancy, 2012).

21 Ministère chargé de la santé - Les chiffres clés de l'offre de soins en 2018
22 Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière
23 Ministère de la santé et du sport-Direction générale de l'offre de soins-Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

Il participe par ses contributions à la gestion médico-technique du pôle. Son rôle central est le pilotage stratégique du pôle. De fait, ce pilotage repose sur tous les aspects des projets de pôle qui doivent être clairement définis et compris de tous les acteurs.

Aussi, le cadre de santé de pôle contribue à la genèse du projet et favorise sa faisabilité au sein du pôle. Le cadre de santé de pôle encourage la réflexion clinique et organisationnelle afin d'optimiser la qualité des prises en charge des patients. En collaboration avec le chef de pôle, il définit les besoins quantitatifs et qualitatifs qu'il négocie, effectue la répartition des moyens et parfois est appelé à les mutualiser au sein du pôle. Il développe les stratégies de communication dans un souci de transparence et de compréhension des objectifs et des besoins du pôle.

Le cadre de santé de pôle a aussi le devoir d'alerter le chef de pôle sur les dysfonctionnements et des situations susceptibles de compromettre les objectifs du pôle. Il reçoit tous les « événements indésirables » du pôle qu'il exploite et donne une réponse à la cellule qualité. Il assure le management de l'encadrement de proximité, met en place une politique de communication avec ce dernier pour la cohérence des organisations et pour favoriser la cohésion des équipes. Il fait de l'évaluation des pratiques professionnelle un des outils qui lui permettent d'enclencher ces alertes.

Dans ses activités transversales et surtout dans son positionnement d'interface, le cadre de santé de pôle effectue son travail au sein comme à l'extérieur du pôle. Il argumente les projets et ses choix auprès des décideurs institutionnels. Il coordonne et veille au suivi de la prise en charge des prestations, anticipe la gestion des ressources humaines en tenant compte des obligations du projet d'établissement et de la situation financière. C'est l'idéal mais la réalité en est autre car il ignore bien souvent sa marge de manœuvre du fait de l'absence d'une réelle délégation.

Le cadre de santé de pôle élabore avec le chef de pôle les ordres du jour des réunions de pôle, rédige les rapports d'activités et les comptes rendus des réunions du pôle. Il porte et argumente tous les projets au nom du pôle auprès de décideurs institutionnels.

.

C’est au cadre de pôle que revient l’application des règles de la gestion du temps de travail de l’établissement.

Il met en place des organisations efficientes au sein des unités qui composent son pôle. Les outils d’organisation comme les tableaux de bord élaborés dans son domaine lui permettent d’avoir un regard bienveillant sur l’ensemble des activités du pôle.

En dehors de ces activités, le cadre de santé de pôle arbitre et décide entre différentes propositions qui lui sont faites par les membres de son équipe. Il établit, évalue et optimise le budget de fonctionnement de son pôle. Il se doit de valoriser les compétences de ses collaborateurs, plus précisément celles des cadres de santé de proximité, lesquels sont directement sous son autorité.

Les missions et compétences du cadre de santé de pôle sont aussi centrées sur la gestion économique. « Les cadres de santé glissent du champ du soin à celui de la gestion. En conséquence, le groupe cadre s’autonomise, définit peu à peu de nouvelles normes pour juger son travail, de ce fait l’excellence dans le milieu, de ce qui a de la valeur aux yeux du nouveau groupe professionnel » (Langlois, 2011). Le cadre de santé de pôle est le garant de la gestion médico-économique et interpelle le chef de pôle sur les dépassements du budget du pôle. Les cadres de santé de pôles s'impliquent davantage dans la gestion et la résolution des problèmes humains qui constituent un des points majeurs de l’organisation hospitalière. Leur périmètre d’action se place en majorité au niveau des actions transversales qu’ils doivent assurer et veiller au bon fonctionnement.

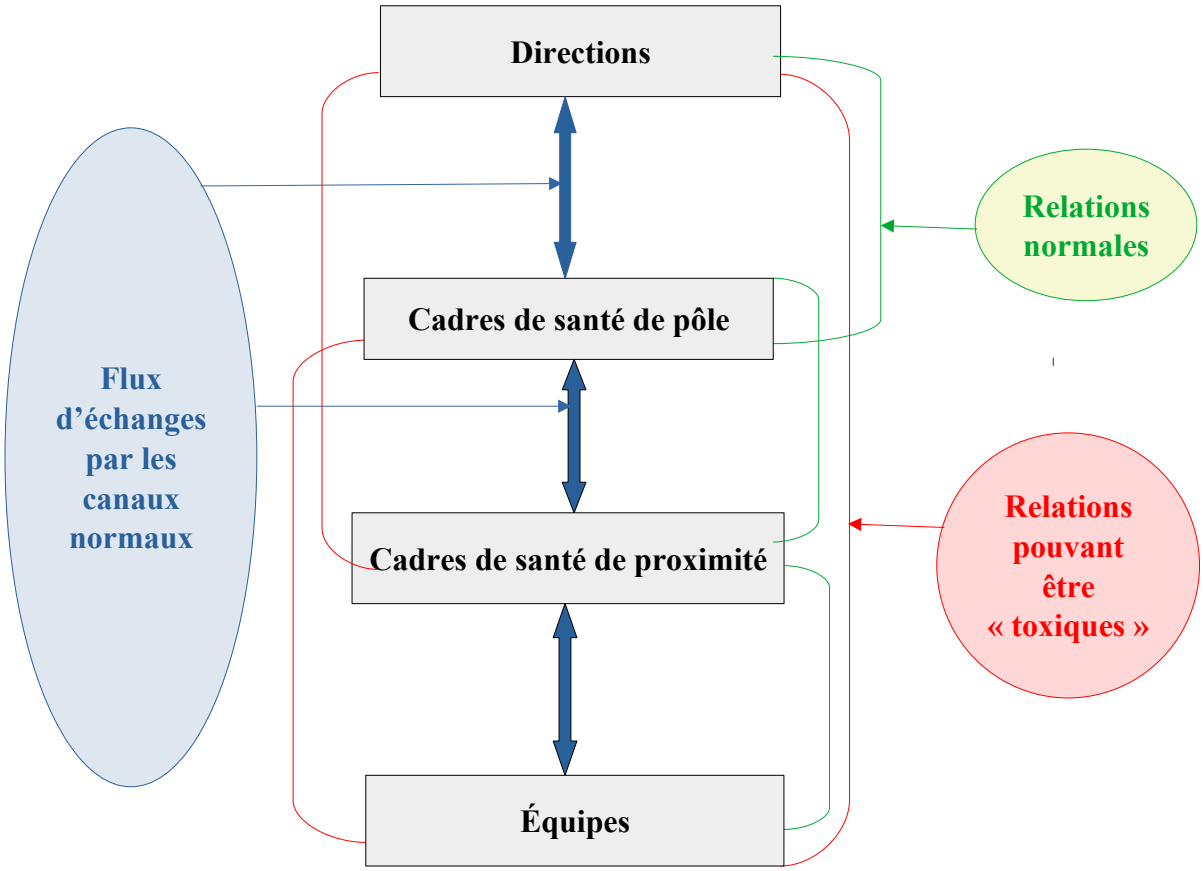
Le management des ressources humaines reste une constance de ses missions. Il doit veiller à la fidélisation du personnel, analyser les causes de l’absentéisme et y trouver des solutions. Il a aussi le devoir de promouvoir la prévention des risques professionnels. De même, le cadre de pôle a l’obligation de préparer le dialogue de gestion par une analyse des résultats d’activité qu’il argumente. Il se doit de prévoir les besoins en formation dans le but de développer les compétences des membres de son équipe et assurer, au besoin, leur mobilité au sein du pôle. Par ailleurs, le cadre de santé de pôle entretient des relations hiérarchiques au

.

niveau institutionnel avec le Chef d'établissement et avec le Directeur de soins, Coordonnateur général des soins à qui il rend directement compte de son activité.

Avec les autres personnalités de l'établissement il entretient plutôt des liens fonctionnels. C'est le cas des responsables médicaux, les cadres de santé des autres pôles, les directeurs fonctionnels….

Figure 1 : Représentation des échanges hiérarchiques et relations direction-pôle et services



Les échanges hiérarchiques sont ceux qu'on retrouve au niveau de la direction, encadrement de pôle et le service, le service étant représenté ici par l'encadrement de proximité et les équipes.

Ce que nous entendons ici par relations, ce sont tous les discours formels et informels qui peuvent être alimentés par les uns et les autres de n à n+1 et/ou n+2... niveaux hiérarchiques.

Certaines relations sont normales (en vert) tandis que d'autres peuvent être assimilées à des relations « toxiques » (en rouge), celles qui visent à mettre en péril les relations humaines et de fait, phagocyter le fonctionnement des organisations.

Lorsque le dispositif normal des échanges d'informations enjambe le n+1 pour le n+2..., ou ne respecte plus le canal hiérarchique, nous pouvons dès lors déjà soupçonner sa présomption de nocivité.

Enfin, le rapport de Mme de Singly de 2009 nous indique que la répartition, en termes d'effectifs, des cadres hospitaliers se présente de la manière suivante :

Filière	**Effectif physique de cadres**	**Effectif physique total**	**Taux d'encadrement**	**Proportion sur l'ensemble des cadres**
Administrative	9356	92 295	10 %	21 %
Soignante et rééducation	24 515	562 544	4 %	55 %
Socio-éducative	419	11 187	4 %	1 %
Médico-technique	2766	90 636	8 %	17 %
Technique et ouvrière	7656	90 636	8 %	17 %
Ensemble	44 712	795 664	6 %	100 %

Source : Cadredesante.com du 24 octobre 2012

.

Tableau 3 : effectifs des cadres hospitaliers

Dans cette répartition, il apparaît que les cadres de santé représentent 61%[24] de l'ensemble des cadres hospitaliers. On peut y ajouter les cadres techniques, socio-éducatifs et les cadres administratifs.

Nous pouvons dire que les points saillants des cycles de gestion de l'hôpital public moderne sont retracés à partir de la loi Debré (Debrosse, 2010). Cette réforme va pour la première fois organiser l'association de l'hôpital public à l'université, avec le temps plein médical comme référence. Un fonctionnement simple dans lequel on trouve une hiérarchie avec les chefs de services médicaux, une administration modeste dans sa taille et sa fonction. Le modèle de régulation financière était élaboré en prenant en compte le prix de journée et les honoraires qui étaient d'actualité à l'époque.

Dans le conseil d'administration se trouvaient les représentants de l'assurance maladie. Ce mode de fonctionnement avait ses points forts car il favorisait une politique active d'investissement avec le développement des activités et de bonnes capacités d'autofinancement. Ses faiblesses se situaient au niveau des déficits récurrents de l'assurance maladie. Cette situation va occasionner la mise en place du budget global dont nous connaissons les inégalités qu'il a entraînées au sein des hôpitaux, occasionnant ainsi la création du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

C'est la loi Evin de janvier 1991 qui posera le principe d'évaluation avec le PMSI. Dès lors le financement de l'hôpital va passer du budget global à la tarification à l'activité ou T2A.

Par ailleurs, la réforme de la gouvernance dans laquelle la gestion administrative va prendre une nouvelle orientation en instituant le conseil exécutif, la direction et le directoire, les pôles, ses coordonnateurs médicaux et les outils de pilotage interne. Le dispositif est doté d'une contractualisation et de la mise en œuvre, pour la première fois, des comptes de résultats au niveau de chaque pôle.

24 Cadredesante.com, 24 octobre 2012

C'est la loi HPST qui, de par son envergure, va apporter des améliorations dans les nouvelles dispositions juridiques réglementaires.

I.5. Les apports de la loi HPST dans l'organisation moderne de l'hôpital

La loi HPST a amené une nouvelle organisation du système hospitalier. Elle offre un nouveau cadre juridique à la modernisation du système de santé et au pilotage médico-économique et présente un réel impact sur le changement de structure et le processus décisionnel. Ainsi, la délégation de gestion permet de prendre des décisions au plus près des personnes concernées : les équipes. Malheureusement, cette délégation de gestion reste une composante fantomatique. Elle n'est jamais effective dans certains établissements. Bien qu'elle soit mentionnée dans le contrat de pôle, c'est toujours la direction qui décide. Est-ce par peur de perdre une partie de ses prérogatives ?

La loi HPST est une loi de grande importance car elle concerne la modernisation l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux ainsi que le secteur privé. Sur cet aspect, elle a amélioré le fonctionnement des établissements de santé en renforçant une liberté d'organisation. Elle a aussi permis la redéfinition et le rétablissement des missions de service public. Dans la modernisation de la gouvernance des hôpitaux, la loi a créé une forme unique de catégorie d'établissement public de santé, le centre hospitalier. En fonction de sa localité, le centre hospitalier peut avoir une vocation communale, régionale, inter-régionale ou nationale.

Aussi, cette réforme a favorisé la généralisation de la contractualisation à tous les niveaux, entre l'État et les Agences Régionales de Santé (ARS), d'une part, et d'autre part entre les ARS et les établissements de santé par l'intermédiaire des contrats pluriannuels d'objectifs et des moyens (CPOM), pendant cinq ans. Cette contractualisation a pour objectif la mise en place des orientations stratégiques de l'établissement. C'est le même modèle que nous retrouvons entre les directeurs d'établissements et leurs chefs de pôles d'activité.

.

La loi HPST a eu également le souci d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population en tenant compte des évolutions technologiques et aux attentes des professionnels. Pour cela, elle a organisé les communautés hospitalières de territoires (CHT).

Le dispositif des CHT a montré ses lacunes face aux objectifs fixés par la loi. Son caractère non contraignant n'a pas favorisé la mise en place d'une véritable recomposition de l'offre de soins. Le législateur a donc préféré la mise en place d'un dispositif plus contraignant, le GHT, afin de répondre aux besoins des territoires.

Le GHT doit être doté d'un projet médical partagé (PMP) qui définit le plateau technique, les moyens et les compétences. C'est d'autant plus vrai que la Stratégie Nationale de Santé (SNS) « avait pointé la nécessité d'organiser les soins autour du patient, par un parcours de soins »[25]. Le GHT se devait donc d'intégrer cette dynamique de coopération et de rétablir le Service Public Hospitalier en garantissant l'accès aux soins pour tous (Loi HPST). Il devient donc obligatoire pour tous les centres hospitaliers d'appartenir à un GHT. Le but pour le législateur est de renforcer, par la coopération contraignante, le secteur hospitalier public au regard du secteur privé.

Le GHT ne dispose pas juridiquement de personnalité morale. Il n'est composé que d'un comité stratégique et d'un comité territorial des élus locaux (Loi HPST).

Nous pouvons en déduire que l'absence de personnalité morale du GHT est une volonté du législateur d'introduire de la souplesse pour favoriser les coopérations inter-hospitalières. Au sein des territoires, les établissements sont obligés de développer des collaborations, de mutualiser leurs ressources et de réfléchir sur les moyens dont ils ont besoin pour offrir et garantir un meilleur accès aux soins à leurs bassins de populations. L'établissement « support » reste le CHU pour tout territoire dont les CH sont engagés dans la procédure de GHT.

25 EHESP – module interprofessionnel de santé publique - 2015

Le décret n°2016-524 du 27 avril 2016[26] relatif aux groupements hospitaliers introduit six instances opérationnelles au sein GHT. Outre le comité stratégique et le comité territorial des élus locaux, on peut citer le collège médical ou la commission médicale de groupement composé de chaque CME d'établissement faisant partie du GHT, le comité ou commission des usagers pour les droits des usagers, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT) qui a vocation à émettre des avis qui sont par la suite transmis au niveau du comité stratégique, la conférence territoriale du dialogue social qui doit être informé des projets de mutualisation, des conditions de travail et de la politique de formation au sein du GHT.

En 2016, on comptait « 850 établissements publics pour 135 GHT issus du découpage » ministériel[27]. Selon la même source, « en moyenne chaque GHT » regroupait « 10 établissements » et « ce ratio » cacherait « de fortes disparités » dans les territoires et leurs bassins de populations « (50 000 à 2 millions d'habitants) », « le nombre d'établissements » varierait « de 2 à 20 ».

En conclusion, nous pouvons dire que la réforme de la loi HPST présente des enjeux majeurs. Partant de la coordination des actions des établissements de santé dans l'optique de répondre aux besoins de la population à la répartition égalitaire de l'offre de soins sur le territoire, la loi HPST oblige aussi les hôpitaux à développer une politique de prévention, de santé publique et à définir les missions et moyens de ARS.

La loi HPST comporte au total quatre grands titres[28] :

26 https://www.reseau-hopital-ght.fr/gouvernace.html
27 Réforme des GHT : quel bénéfice pour les usagers ? – France Asso Santé
28 Analyse juridique détaillée de la loi « Hôpital, patients, santé et territoire », dite loi Bachelot.

Premièrement : le titre 1 concerne la modernisation des établissements de santé. Dans ce titre, le mot clé est la coordination. Le titre 1 décrit le rôle conforté et renforcé du directeur et apporte l'ensemble des modifications au sein de la nouvelle gouvernance de l'hôpital.

Deuxièmement : dans le titre 2, nous retiendrons l'accès aux soins de premiers secours et le contrat d'engagement de service public. On retrouve la notion de service public.

Troisièmement : nous retiendrons principalement l'action de prévention et d'éducation thérapeutique.

Quatrièmement : c'est la création des ARS qui ont remplacé des ARH et les directions d'actions sanitaires et sociales. Ce sont les ARS qui sont chargés de mettre en œuvre la politique de santé au niveau régional telle que nous l'avons présentée dans les paragraphes précédents.

Si la loi HPST a supprimé le Service Public Hospitalier (SPH) « au profit d'une succession de missions susceptibles d'être exercées par tout établissement de santé », la loi du 26 janvier 2016 l'a réintroduit[29] dans le code la santé publique. Cette réintroduction a permis son renforcement et son « adaptation aux enjeux de santé publique du 21ème siècle ».

La loi HPST a « créé quatorze missions (permanence des soins, prise en charge des soins palliatifs, la recherche…) de service public hospitalier » qui ont « été attribués par les directeurs des ARS aux différents acteurs de santé ». « Après un service hospitalier à la carte », éclaté et partagé entre les différents établissements, « retour donc à une approche globale du service public hospitalier formant un tout » (Calvez, 2016).

Le problème de la place des cadres de santé de pôle va se poser dans ce nouveau dispositif de territoire. Il y a de fortes possibilités que nous y retrouvions des positionnements et des organisations disparates ainsi que des difficultés dans la circulation des informations, notamment celles des projets qui seront mis en place par les GHT.

29 Le renouveau du service public hospitalier – Portail Universitaire du droit

Nous constatons par ailleurs, qu'il existe « un cadre réglementaire sans cadre pratique » et que « les missions de cadres de santé ne sont pas clairement définies » (Maréchal, A. 2018).

Est-ce que c'est le cadre de santé de pôle de l'établissement support qui sera nommé comme cadre de santé de pôle inter-établissement ? Quelles seront les responsabilités et dans quelles logiques de hiérarchie ?

Nous venons de traiter de l'architecture organisationnelle de l'hôpital. Dans les pages qui vont suivre nous allons évoquer les raisons qui ont motivé notre choix du sujet de recherche.

CHAPITRE II. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

II.1. Le constat : le recours à la formation approfondie des cadres hospitaliers

Le point de départ de notre travail de recherche est l'injonction des pouvoirs publics à mettre en place une formation en master pour les cadres de santé gestionnaires de pôles (rapport de Mme de Singly, 2009 et Inspection générale des Affaires Sociales - IGAS, 2010).

Il convient d'apporter quelques rappels sur les éléments de formation de base de cadre de santé. C'est une formation qui s'adresse à tout le personnel paramédical. Elle est dispensée dans des Instituts de formation de cadres de santé agréés et est composée de six modules. Les objectifs de la formation théorique sont très diversifiés. On compte au total six modules[30].

Module 1 : initiation à la fonction de cadre (90 heures)

Objectifs : définir et comprendre en début de formation le rôle et la place de l'encadrement dans l'environnement en tenant compte des aspects psychologiques, sociologiques, économiques, législatifs et réglementaires. Il faudra ensuite identifier le rôle et les missions du cadre de santé et arborer les modes de management utilisés notamment dans les institutions sanitaires et sociales et les entreprises. Ensuite, il sera question de développer ses aptitudes à communiquer efficacement. Enfin, le cadre de santé devra appréhender les différentes phases du processus permettant d'intégrer la dimension éthique dans la prise de décision, adapter et enrichir son projet professionnel.

Le module comprend dans son entièreté trois semaines d'enseignement théorique et trois semaines de stage hors secteur sanitaire.

Module 2 : santé publique (90 heures)

Objectifs : acquérir à partir de son domaine professionnel une approche interprofessionnelle et pluridisciplinaire des problématiques de santé. L'étudiant cadre de santé sera capable de concevoir, élaborer, mettre en œuvre et évaluer des démarches et projets de santé publique. Par ailleurs, il devra appréhender l'organisation du secteur sanitaire et social.

Le module comprend dans son entièreté trois semaines d'enseignement théorique.

30Arrêté du 18 août 1995 modifié par l'arrêté du 31 juillet 2009/Cadre/Programme de la formation de cadre de santé/Infirmier.com du 23 mars 2009 mise à jour le 12 avril 2019

Module 3 : analyse des pratiques et initiation à la recherche (90 heures).

Objectifs : c'est appréhender la démarche professionnelle au travers de ses pratiques et savoirs. C'est aussi appréhender les concepts de recherche et maîtriser les méthodologies et outils de la recherche. Le cadre de santé sera capable de réaliser une démarche de recherche appliquée au domaine professionnel. De même, il sera capable de conduire l'analyse d'une situation de travail à l'aide des cadres conceptuels préétablis. Enfin, il sera capable de conduire l'analyse critique d'une publication.

Le module comprend au total trois semaines d'enseignement théorique.

Module 4 : fonction d'encadrement (150 ou 180 heures)

Objectifs : déterminer la place et le rôle du cadre dans l'institution sanitaire ou sociale. C'est organiser, animer et coordonner le travail d'équipe. En même temps, favoriser la motivation et encourager les projets professionnels. Il devra anticiper les évolutions de son environnement immédiat au plan technique, humain, juridique, économique. Ensuite, il devra programmer et coordonner les activités de sa filière professionnelle en fonction des objectifs et des ressources. Enfin évaluer la qualité des prestations en relation avec les besoins des usagers.

Le module se compose soit de cinq semaines d'enseignement théorique, quatre semaines de stage en établissement sanitaire ou social, soit de six semaines d'enseignement théorique et trois semaines d'enseignement en établissement sanitaire ou social.

Module 5 : fonction de formation (150 ou 180 heures)

Objectifs : maîtriser les méthodes et les techniques pédagogiques et identifier les besoins en formation des étudiants et du personnel, mettre en œuvre les actions de formations nécessaires. Participer à la formation des étudiants et du personnel. L'étudiant cadre de santé devra organiser les conditions de réussite de la formation. Evaluer les résultats. Acquérir les outils de gestion financière et matérielle des actions de formation.

.

Le module comprend soit cinq semaines d'enseignement théorique et quatre semaines de stage en établissement de formation sanitaire ou social, soit six semaines d'enseignement théorique et trois semaines de stage en établissement sanitaire ou social.

Module 6 : approfondissement des fonctions d'encadrement et formation professionnels (150 heures).

Objectifs : Approfondir les connaissances acquises au cours de la formation. Perfectionner les pratiques de la fonction que l'étudiant souhaite exercer, à partir de sa famille professionnelle d'origine. Il devra aussi actualiser les connaissances et analyser l'impact des évolutions techniques et fondamentales intervenues dans le domaine de sa filière professionnelle.

Au regard du choix du candidat, ce module sera axé sur la fonction de formation ou sur la fonction d'encadrement, avec ou sans complément en santé publique. A cet effet, les thèmes du programme des modules 1, 2, 3, 4, et 5 peuvent être partiellement répartis au sein du module 6 dans le cadre du projet pédagogique de l'institut et doivent être enrichis, selon le choix du type d'approfondissement effectué par le candidat...

Le module se compose de cinq semaines d'enseignement théorique réparti de la manière suivante :

- soit cinq semaines d'approfondissement du module 4 ;
- soit cinq semaines d'approfondissement du module 5 ;
- soit trois semaines d'approfondissement du module 4 et deux semaines d'approfondissement du module 2 ;
- soit trois semaines d'approfondissement du module 5 et deux semaines d'approfondissement du module 2, auxquelles viennent s'ajouter quatre semaines de stage soit en établissement sanitaire ou social, soit en établissement de formation soit en structure de santé publique.

En résumé, en termes d'enseignement théorique on comptabilise vingt-quatre semaines ou vingt-six semaines avec quinze ou treize semaines de stages.

.

Le travail personnel de recherche et de documentation prennent deux semaines et une semaine de congés. Au total : quarante-deux semaines.

Les stages sont d'une durée totale de 13 ou 15 semaines, soit 130 à 150 demi-journées, en lien direct avec le projet pédagogique de l'institut. Les stages peuvent se dérouler en continu ou discontinu et doivent être organisés en cohérence avec les enseignements théoriques.

La planification, les modalités et la nature des stages sont conçues dans le cadre du projet pédagogique de l'institut qui tient compte des objectifs de formation centrés sur l'exercice de la fonction cadre.Il faut rappeler que ces stages peuvent se dérouler en France ou à l'étranger. Leur valeur pédagogique est assurée par l'institut.

La formation de cadres de santé en termes de procédures d'évaluation et de notation sont retracées sur le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : formations des cadres de santé

Modules	**Types d'évaluation**	**Notation**
Module 1 Initiation à la fonction cadre	- une épreuve écrite d'analyse et de synthèse - une argumentation orale d 'un travail écrit élaboré à partir d'une problématique liée au stage	Chaque épreuve donne lieu à une note sur 20. Le module est validé si la moyenne des deux notes obtenue est égale ou supérieure à 10 sur 20.
Module 2 Santé publique	- une épreuve écrite ou orale d'analyse et de synthèse	L'épreuve donne lieu à une note sur 20. Le module est validé si la note obtenue par le candidat est égale ou supérieure à 10

.

		sur 20
Module 4 Fonction d'encadrement	- une épreuve écrite d'analyse et de synthèse. - une argumentation orale d'un travail écrit élaboré à partir d'une problématique liée au stage.	Chaque épreuve donne lieu à une note sur 20. Le module est validé si la moyenne des deux notes obtenues par le candidat est égale ou supérieure à 10 sur 20
Module 5 Fonction de formation	- une épreuve écrite d'analyse et de synthèse. - une argumentation orale d'un travail écrit élaboré à partir d'une problématique liée au stage.	Chaque épreuve donne lieu à une note sur 20. Le module est validé si la moyenne des deux notes obtenues par le candidat est égale ou supérieure à 10 sur 20
Module 3 et Module 6 Analyse des pratiques et initiation à la recherche et approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels.	- mémoire individuel donnant lieu à une soutenance	Le mémoire donne lieu à une note sur 20. Les deux modules sont validés si la note obtenue par le candidat est égale ou supérieur à 10 sur 20.

Source : Cadre/Programme de la formation de cadre de santé, 12,04,2019

.

« Les évaluations des modules 1,2,4 et 5 doivent permettre d'apprécier la maîtrise des connaissances théoriques et pratiques acquises.

Les travaux réalisés à cet effet doivent permettre de mettre en évidence les capacités de l'étudiant à conceptualiser, analyser, synthétiser et prévoir le transfert de ses savoirs, savoir-faire, savoir être et savoir devenir à une pratique de responsable d'encadrement ou de responsable de formation »[31].

La finalité recherchée est celle de donner aux cadres de santé de proximité les compétences nécessaires à la gestion des services. La formation permet également la compréhension de l'environnement sanitaire et hospitalier, au fonctionnement des établissements de santé.

C'est aussi amener les cadres de santé à comprendre l'évolution des contraintes pesant sur les établissements en matière de gestion financière dans une approche économique, de nouveaux modes de pilotage des ressources humaines, de qualité et des besoins des patients en termes d'informations. Il s'agit, entre autres, de renforcer le rôle du cadre de santé dans les enjeux organisationnels.

II.2. Les objectifs de l'ordonnance de mai 2005

En effet, tout part de l'ordonnance de mai 2005 qui constitue le volet « Gouvernance du Plan Hôpital 2007 ». La nouvelle gouvernance a mis en place les pôles d'activité pour simplifier et décloisonner les unités fonctionnelles de l'hôpital.

Cependant, la nouvelle gouvernance ne prévoit pas dans ses textes de dispositif de formation des personnels affectés à la gestion des pôles. C'est la loi HPST de 2009, dont le but est de créer une dynamique de modernisation des systèmes de santé et surtout de renforcer le rôle du directeur, qui va simplement évoquer la question de la formation des gestionnaires de pôles. Il a fallu attendre le décret de juin 2010 pour que la formation des chefs de pôles soit enfin matérialisée.

31Infirmiers.com/cadre/programme de formation de cadre de santé

Elle sera exclusivement réservée aux médecins chefs de pôles avec pour objectif de donner aux chefs de pôles des connaissances en gestion financière et en ressources humaines ; les notions auxquelles ils n'étaient pas préparés.

Cette formation ne s'applique pas aux autres gestionnaires de pôles : les cadres de santé de pôle et les cadres administratifs de pôle.

Toutefois, les institutions hospitalières vont profiter de ce dispositif pour l'extrapoler aux autres gestionnaires de pôles. Ainsi, à chaque fois qu'un chef de pôle ira en formation, elles associeront les autres gestionnaires de pôles, c'est-à-dire le cadre de santé de pôle et les cadres administratifs de pôle. Cette situation a amené les pouvoirs publics à réfléchir sur ces manquements. Depuis peu, les organismes de formation se sont créés pour combler ce déficit. Les cadres supérieurs de santé et cadres de santé de pôles peuvent dès lors bénéficier de cette formation qui se fait sur deux ou trois sessions.

La mission sur l'encadrement hospitalier de Madame de Singly (2009), a abouti au constat que les cadres de pôles ne disposaient pas de formation spécifique permettant de les distinguer des cadres de proximité en unités fonctionnelles. Ce rapport a conclu à la mise en place, d'une part, d'un master 1 pour les cadres de santé de proximité et d'autre part d'un master complet pour les cadres gestionnaires de pôles. Il convient de rappeler que certains hôpitaux ont fait le choix de nommer les cadres supérieurs de santé aux fonctions de l'encadrement de pôles.

Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) qui a repris en 2010 le rapport de Madame de Singly a également fait le même constat. Il a confirmé la nécessité de mettre en place une « mastérisation » en faveur des cadres gestionnaires de pôles, dans le but de légitimer la fonction, de faire qu'elle soit reconnue dans les organisations hospitalières.

L'hôpital public se trouve aujourd'hui au centre de grandes réformes du système de santé. Toutes ces réformes vont avoir un impact majeur tant sur les organisations que sur les modes de prises en charge. L'évolution de la fonction de cadre de santé de pôles sera forcément au cœur des enjeux dans l'organisation en pôles d'activité.

.

La « mastérisation » des cadres de pôles qui a fait preuve, au regard de différents rapports, d'un consensus sur le besoin de formation en management constitue le principal défi à relever pour l'encadrement hospitalier, aujourd'hui et demain.

Nous allons maintenant aborder ce qui fait la complexité de la fonction du cadre de santé de pôle.

Les cadres santé de pôles doivent rechercher la jonction d'une part, entre la stratégie et le niveau opérationnel et d'autre part, entre les compétences managériales et une expertise métier. Ils sont censés être de façon permanente, être à l'écoute de leurs équipes et être les garants de la transmission des injonctions de la direction.

L'articulation d'une posture managériale et d'une posture clinicienne s'impose alors pour donner du sens à la pratique soignante (Gauthier, 2009). « C'est parce qu'il est un expert de soin, que le cadre de santé peut penser l'organisation et favoriser la qualité des soins et le parcours de soin du patient » (Gauthier, 2009). Cette phrase est applicable par extrapolation au cadre de santé de pôle. Dans les rôles qui sont les leurs, les cadres de santé de pôles sont très peu accompagnés. Ils apparaissent souvent seuls lorsqu'il s'agit d'apporter des solutions aux problèmes que soulèvent les équipes, amplifiés par des injonctions paradoxales de la hiérarchie. Ils ont le devoir de solidifier les liens entre les équipes.

L'objet de cette thèse est de faire émerger les différentes facettes du rôle de cadre de santé de pôle dans sa pluralité ainsi que ses compétences spécifiques dans l'organisation future de l'hôpital.

.

CHAPITRE III. CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

.

Après avoir exposé le contexte général et justifié notre choix du sujet de thèse, nous expliquerons comment nous avons construit notre cadre théorique.

En effet, c'est à partir d'une revue de la littérature que nous avons pu déterminer les concepts fondamentaux sur lesquels se base notre cadre théorique et conceptuel.

Pour expliquer le concept de « stratégie », nous citerons Louart (1991), Mazouli (2005), Rouleau (2010) et Domin (2016).

Pour éclairer la théorie des organisations et les trois grands courants de l'école classique, nous citerons Belanger et Mercier (2006).

Pour explorer la théorie sur l'expertise, nous baserons sur les écrits de Resnick. Nous citerons Prahalad et Hamel (1990) pour étudier la théorie des ressources-compétences, Herzberg pour expliquer la satisfaction au travail, Dimaggio et Powell pour la théorie des organisations et l'isomorphisme institutionnel. Pour terminer, nous évoquerons le concept de la prospective de Boyer et Scouarnec, la théorie du leadership de Noguera et al. Et l'évolution du management de demain développée par Scouarnec.

Dans le rapport aux concepts, ces auteurs nous apprennent la manière dont la construction d'une démarche théorique se tient en lien étroit avec la dimension pratique des choses.

III.1. Approche de la stratégie managériale

Dans le nouveau contexte hospitalier, il appert que la redéfinition de la notion de « stratégie » est non seulement importante mais nécessaire.

La « stratégie » doit avoir pour moteur l'activité, l'attractivité et la productivité qui sont des véritables miroirs qui reflètent l'image de l'hôpital.

La revue de la littérature nous indique que la stratégie managériale est aussi utilisée dans les organisations hospitalières, dans de la politique d'implantation, du changement, de la gestion humaine, financière et matérielle.

.

C'est Siegel (2006), l'un des auteurs qui a étudié ce concept qui apporte la démonstration que la stratégie est souvent liée à la notion de planification. Il indique dans son article « Réflexion sur la stratégie » que « la planification stratégique peut s'entendre comme une procédure formalisée par laquelle une entreprise détermine les grandes orientations organisationnelles ». Selon lui, la stratégie trouve son origine dans la nuit des temps et principalement dans le domaine militaire. Si dans le domaine militaire ce concept est utilisé depuis « la nuit des temps », il n'empêche qu'il est devenu un outil incontournable au service des organisations publiques et privées. D'autant plus que l'hôpital public est soumis ces dernières années aux contraintes et aux méthodes de management venues de la sphère privée. Domin (2016) dans son article « Le management sans ménagement » aborde aussi cette question de stratégie. Il nous apprend que ces méthodes ont pour but de flexibiliser le fonctionnement de l'hôpital, de limiter les lourdeurs administratives et d'impliquer l'ensemble du personnel dans la prise de décision. Cette thèse sur la lourdeur administrative est soutenue par Michel Crozier dans « La bureaucratie : le politiste ». Il dit à ce sujet que « dans le langage courant, le terme (bureaucratie) sert souvent à dénoncer la lourde et la rigidité administratives». Domin ajoute que le passage à ces méthodes du secteur privé au secteur public se fait sans ménagement ; ce qui entraîne des nouveaux efforts en matière de gestion et organisation hospitalières. Il arrive que ces méthodes soient mal comprises ou moins bien tolérées. C'est pourquoi les organisations en pôle d'activité doivent impérativement s'adapter en favorisant des formations de ses cadres aux nouvelles compétences managériales. La stratégie managériale doit servir à l'innovation hospitalière dans les domaines de la Direction des Ressources Humaines (sur le capital humain), de la technologie, de la thérapeutique comme dans la mise en œuvre des nouveaux protocoles.

De nombreux auteurs s'accordent pour dire que la complexité de l'innovation à l'hôpital peut se résumer sur trois dimensions importantes (Nobre, 2013) : la diversité des activités avec de nombreux métiers et des compétences, le système de prise de décision qui doit intégrer les différents acteurs dans le processus décisionnel et les rapports au pouvoir, car on trouve qu'il y a à l'hôpital différentes hiérarchies internes entre la direction, le médical et le paramédical.

.

La stratégie est un concept de guerre qui a été vulgarisé dans l'économie et le management. C'est « l'art d'organiser et de conduire un ensemble d'opérations militaires prévisionnelles et de coordonner l'action des forces armées sur le théâtre des opérations jusqu'au moment où elles sont en contact avec l'ennemi »[32].

La stratégie veut dire : « la conception de la mise en œuvre d'un ensemble d'actions ordonnées en vue d'atteindre un résultat ultime »[33]. En économie et en communication, elle représente un « ensemble des choix objectifs et des moyens qui orientent à moyen et long terme des activités d'une organisation, d'un groupe » (Gestion fin. 1979 cité par Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) et contribue à la mise en œuvre du management.

« En gestion, la stratégie peut être définie comme une modélisation de l'image approximative du futur de l'organisation (Louart, 1991) ».

Comme nous pouvons l'observer, le concept stratégie est défini de plusieurs manières suivant les auteurs. Nous parlons de la « stratégie » comme un concept polysémique. Cependant ces définitions ont la même finalité. D'une manière générale, la « stratégie » consiste à allouer les ressources, qu'elles soient matérielles, financières ou humaines, de façon pérenne afin d'obtenir les objectifs fixés par l'entreprise. C'est le cas par exemple de la stratégie des coûts ou de la stratégie de ressources humaines. Cette dernière approche est souvent utilisée en management stratégique. C'est-à-dire l'ensemble des décisions et actions qui concourent au management des salariés dans le but d'assurer la performance de l'entreprise.

Une analyse du SWOT doit être effectuée en amont pour comprendre les forces et les faiblesses, les opportunités et les menaces dans le but d'améliorer la performance de l'entreprise.

Dans le nouveau contexte hospitalier, il appert que la redéfinition de la notion de « stratégie » est non seulement importante mais nécessaire.

---

32 www.cnrti.fr/définition/stratégie
33 www.google.fr/stratégie.

La « stratégie » doit avoir pour moteur l'activité, l'attractivité et la productivité qui sont des véritables miroirs qui reflètent l'image de l'hôpital. Combien de passages à l'année aux urgences ? Quel est le nombre d'accouchements ? Quel est le plateau technique ?

La « stratégie » se doit d'être dotée d'un discours approprié et simplifié pour faire sens auprès des personnels censés la traduire en actions. Nous ne pouvons pas parler de discours de la stratégie sans parler de la manière dont ce discours sera perçu par les individus qui sont chargés de son application.

Il faut pour cela un temps de l'élaboration de la « stratégie » et un temps de sa mise en œuvre. Le troisième temps est celui du support de la communication, le canal par lequel le message doit passer. En milieu hospitalier public comme dans l'entreprise privée, il est des moments de préparation de la « stratégie », ce sont des réunions du comité de pilotage stratégique.

Sur le plan théorique, nous distinguons quatre formes de discours stratégique : le « *discours classique »* qui est identifié comme le modèle originel du management stratégique (Mazouli, 2005). La « stratégie » est élaborée par la sphère dirigeante. Elle est ensuite déclinée pour une mise en œuvre dans l'organisation. Dans le « *discours classique »*, les dirigeants sont considérés comme des acteurs rationnels qui connaissent mieux les tenants et les aboutissants de l'organisation. Ils disposent de sa vision globale ainsi que celle de son environnement. Le modèle de la « stratégie classique » est de fait le modèle du commandement (« commander model », Bourgeois & Brodwin, 1984 cité par Mazouli, 2005) et donc du pilotage. Les objectifs retenus par le comité de pilotage, par les décideurs vont être transmis et réalisés sur les terrains par les équipes.

Le deuxième modèle est celui de la contingence *(modèle contingent)* (Woodward et al. 1958 cité par Mazouli). Le « *modèle contingent »* prend en compte les contraintes environnementales qui doivent dicter le choix des moyens de l'organisation. C'est l'adaptation de l'organisation à l'environnement par le truchement de la « stratégie ».

Le troisième modèle est le « *modèle socio-politique »*. Ce modèle reconnaît l'importance des groupes au sein de l'organisation, principalement au niveau des processus de décisions.

.

Dans ce modèle, c'est l'organisation qui décide. Elle poursuit les objectifs qui lui sont propres qui résultent des fruits des négociations entre les individus du même groupe, généralement au profit des « plus puissants ».

Le quatrième modèle est le « *modèle socio-cognitif* » qui met ainsi l'individu au centre du dispositif de formation de la « stratégie ». La « stratégie » est envisagée ici comme une interprétation de l'individu. Selon la conception interprétative (Weick, 1979 cité par Mazouli) tout se passe à l'intérieur de l'esprit humain. La réalité n'existe pas.

C'est seulement une interprétation de l'environnement dont les éléments sont formés et structurés par des structures cognitives.

Dans le système hospitalier, le « *modèle classique* » et le « *modèle contingent* » semblent être les plus utilisés en fonction des situations. Le « *modèle classique* » peut être conçu comme faisant partie des prérogatives de la direction alors que la « *modèle de la contingence* » appartiendrait et s'appliquerait bien à l'encadrement polaire dans le cadre du management des organisations.

Cette classification permet de se rendre compte des approches très variées de la « stratégie » et des limites dans le rôle que les individus peuvent jouer au sein du processus stratégique. La « stratégie » est « conçue comme l'ensemble des actions par l'entremise desquelles les gestionnaires définissent une direction pour l'entreprise et la mettent en œuvre au quotidien » (Rouleau, 2010). C'est en cela que la stratégie représente un outil incontestable du management.

En conclusion, nous dirons que les cadres de santé de pôle participent au pilotage stratégique des établissements de santé. Ils ont aujourd'hui de nombreuses responsabilités tant sur le plan de la gestion que sur le plan managérial. Dans les missions de management et d'expertise qui leur sont demandées ou recommandées, bien souvent les cadres se trouvent confrontés à des injonctions paradoxales des directions qui rendent leurs missions difficiles. En même temps, on constate qu'ils sont exposés aux différentes mutations à l'hôpital. Le GHT en fait partie. Cependant, ils arrivent à contribuer, à leur manière, aux objectifs des projets d'établissements

.

ou des GHT, avec des marges de manœuvre qui sont souvent limitées et des contraintes difficiles à réguler[34].

C'est pour cela que nous définirons le concept de stratégie managériale comme un ensemble de choix, en termes de décisions, d'orientations et de moyens, qu'un cadre de santé de pôle doit faire pour assurer l'encadrement de ses équipes afin de les amener à atteindre les objectifs définis par l'institution.

Tableau 5 : tableau synthétique des concepts et auteurs convoqués.

Concepts	**Auteurs**	**Définitions**	**Champs**	**Ouvrages/ Articles**
Stratégie managériales	Louart (1991)	Une modélisation de l'image approximative du futur de l'organisation	Management	*Les apports de la théorie des organisations et de la stratégie
	Hermel (Delebecque, 2009)	Ensemble de techniques de conduite et de direction d'une organisation		*Théorie du
	Taylor (Delebecque, 2009)	Prévoir, organiser, commander, contrôler		
	Drucker et Mayo	Mettre en œuvre les principes d'une		

34 Réformes hospitalières : quelles stratégies managériales pour les cadres de santé ?

.

	(Delebecque, 2009)	organisation		management (Delebecque, 2009)
	Weber (Delebecque, 2009)	Modèle de l'organisation traditionnelle et charismatique		
	Taylor, Fayol, Drucker, Mayo, Weber (Delebecque 2009) Domin (2016) Dauphin (2011) Siegel (2008) Scouarnec (2010)	C'est « prévoir, organiser, commander, contrôler, décider, motiver et évaluer .	Management	*Management sans ménagement *Théories du management *Réflexion sur la stratégie Management et métier (2010) Le manager à l'épreuve de la transformation
	Resnik (1984) Benner (2010)	Prolongement de la compétence		Cadredesante.com, 2013 De novice à expert

.

Expertise soignante	Macquet et Fleurence (2006) Mazouli (2005)	Source pour connaître les éléments constitutifs des modes d'adaptation efficaces et singuliers	GRH	Des modèles théoriques pour étudier l'expert en port discours stratégiques
	Ericsson (1993) Macquet et Fleurance (2006) Stampnitzky (2013)	Motivation et efforts permettant de dépasser les compétences acquises pour aller au-delà	Organisation	Cadredesante.com Modèles théorique et activité de l'expert en sport. Experts, Etat et théorie des champs
Visions prospectives	Boyer et Scouarnec (2008)	Approche des possibles environnementaux et organisationnels.	Prospective des Métiers	- Plaidoyer pour un « »renouveau » de la, prospective. - La prospective au service de la

.

	Scouarnec (2020)			GRH. - Quel management de demain ? - Crise sanitaire et transformation du travail : les conséquences pour les équipes RH.
Théorie de Leadership	Noguera et Plane.	Approche des compétences	GRH	Le leadership

III.2. Approche de l'expertise soignante

La littérature sociologique (Stampnitzky, 2013) qui est consacrée à ce concept relève souvent l'importance des processus d'institutionnalisation comme producteurs de savoirs, notamment dans les différents champs dont la santé.

Dans son article « Expert, Etat et théorie des champs » l'auteur précise qu'au fil des années, l'expertise dans cette institutionnalisation a pris de l'ampleur. Il prend comme exemples les champs de la médecine, de la science, du droit, de l'économie et de la gestion. Les travaux consacrés à l'expertise et aux professions ont souvent présumé que la clé du pouvoir des experts se trouvait dans une structure professionnelle aux contours bien définis (Stampnitzky, 2013).

.

Dans le même cas de figure, Lucie Tanguy dans son article « Le sociologue et l'expert » (1995), nous apprend que le concept d'expertise « désigne une pratique qui consiste à demander à une personne ou des personnes singulières d'examiner une situation qui fait problème, afin d'éclairer un débat, voire une orientation politique ». Certes, nous ne sommes plus dans le champ santé, mais nous pouvons néanmoins considérer la signification de cette approche. Elle démontre que l'expertise reste un domaine d'éclairage d'un fait par celui-là à qui on reconnaît des compétences. Il convient de rappeler que l'expertise dont il est question ici est une expertise clinique, diagnostique ou thérapeutique. Il s'agit en un mot de la connaissance et une bonne expérience du terrain.

Nous avons pu observer que ce concept varie en fonction des auteurs et de courant de pensée. D'après les travaux de Resnick, (1984)[35], l'expertise est considérée comme étant « le prolongement de la compétence ». D'après la même source, c'est Benner (1995) qui va adapter cette théorie aux soins infirmiers. Un professionnel qui est doté d'une expertise en soins « aurait engrangé suffisamment de situations pour les appréhender de façon synthétique, en avoir une reconnaissance intuitive, se centrer rapidement sur les aspects importants de la situation, sans formuler d'hypothèse non productive et prendre immédiatement des décisions adaptées, avec marges d'erreur infime » (Ibid). Dans le cas du professionnel infirmier, Patricia Benner (stade 5 du dernier niveau du modèle de Dreyfus qui comprend les différents stades de la compétence : novice, débutant, compétent, performant et expert) ajoute : « L'infirmière experte ne s'appuie plus sur un principe analytique pour passer du stade de la compréhension de la situation à l'acte approprié.

L'experte qui a une énorme expérience, comprend à présent de manière intuitive et appréhende directement le problème, sans se perdre dans un large éventail de solutions ou de diagnostics ». Cela montre bien que l'expérience est utile et nécessaire à l'expertise.

Le schéma ci-dessous représente la grille de lecture de la théorie selon laquelle l'expertise se situe dans le prolongement de la compétence (Resnick, 1984).

35 Cadredesante.com/Lien entre compétences, expertise clinique et recherche, p2, 2013 »

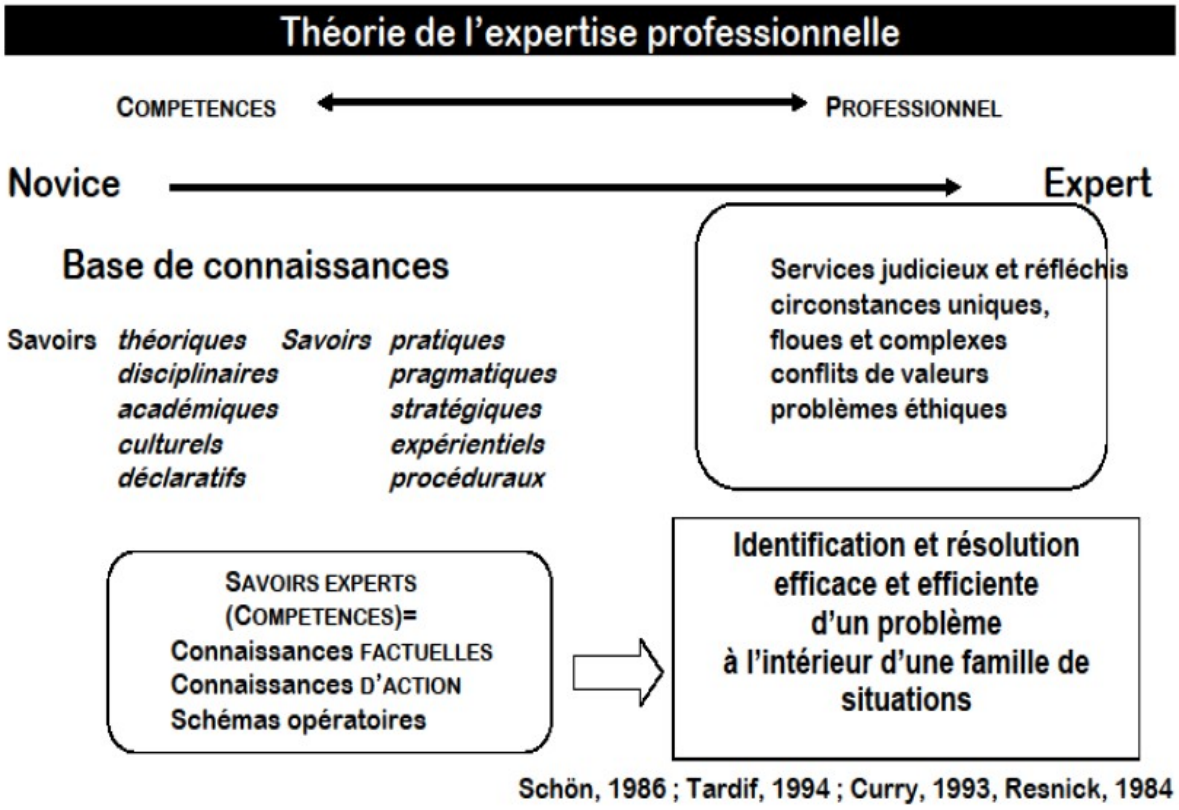


Figure 2 : théorie de l'expertise professionnelle

Pour ces auteurs, « l'expert fonctionne cognitivement sur un mode synthétique ». D'autres comme Anne-Claire Macquet et Philippe Fleurance (2006) pensent que « l'expert apparaît comme une source d'information pour connaître les éléments constitutifs des modes d'adaptation efficaces et singuliers ».

Un autre courant de pensée est basé sur la théorie d'Ericsson (1993)[36]. « L'expertise ne dépend pas tant de l'expérience en elle-même, que de l'effort permettant de dépasser les compétences acquises, pour aller au-delà » (Ibid).

36Lien entre compétence, expertise clinique et recherche, cadredesante.com, 2013

.

En d'autres termes, « l'expert se nourrit d'un esprit critique et d'une motivation à l'origine de l'effort engagé, de façon à aller plus loin que la compétence » (Ibid), c'est « avoir des capacités à réaliser des performances exceptionnelles » (Ibid) dans un domaine identifié. « Souvent l'experte pressent les problèmes et c'est à partir de ces indices peu révélateurs pour ses collègues moins expérimentés qu'elle note l'imminence d'une complication »[37].

Du point de vue de la psychologie, nous pourrons dire que l'expert a une résolution des problèmes qui se rapporte à l'intuition.

Par ailleurs, ces auteurs pensent aussi que la compétence n'explique pas tout. Un expert doit surtout anticiper, avoir un esprit d'ouverture et doit formaliser des pratiques. « L'expertise est apparue comme une hyper adaptation à la tâche » (Macquet et Fleurance, 2006). Nous en déduisons que l'expert est un professionnel compétent qui doit avoir les qualités d'anticipation, d'ouverture d'esprit et de formalisation des pratiques. Il a la responsabilité de promouvoir et d'accompagner le changement afin d'assurer le transfert des savoirs pour dynamiser et faire progresser son équipe.

Nous pouvons ainsi définir l'expert selon les quatre axes qui déterminent son action au sein de l'organisation (Roy et Verne Rey, 2014). D'abord de « son pouvoir » : « donné par les « autres », il est reconnu en tant que sachant ». Ensuite, de « ses orientations » dans son action : « il est tourné vers le passé et le présent ». Il occupe bien la temporalité. Il « se réfère à ses expériences et connaissances techniques acquises » et accorde plus d'importance au « détail », à « la précision » et « privilégie le diagnostic de l'existant ». Puis, « ce qu'il est ». L'expert doit avoir le sens d'une approche « relationnelle dans son domaine » pour faciliter la communication dans son entourage. Enfin, il se caractérise par « ce qu'il fait ».

L'expert conseille, « donne son avis » et « agit dans le cadre » réglementaire. Son éclairage apporte une aide considérable dans la prise de décision tant au niveau de son pôle qu'au niveau transversal.

37 Sur le chemin de l'expertise, Infiressources

Le cadre de santé de pôle doit s'appuyer sur son expertise, sa connaissance du terrain pour légitimer son management et transmettre des compétences, des us et coutumes de l'organisation aux professionnels de santé afin de préserver non seulement le capital humain mais aussi la qualité des soins. Il convient de rappeler qu'en sa qualité de manager, le cadre de santé de pôle est porteur d'une grande expérience, de savoir-faire et de connaissances stratégiques qu'il devra inculquer aux soignants qui sont sous sa responsabilité.

D'une façon générale, il est reconnu que les cadres de santé glissent du champ du soin vers celui de la gestion qui consiste entre autres à produire des projets de pôle, des outils de pilotage, de l'information (Langlois, 2011), mais néanmoins gardent leur expertise qu'ils mettent au service des professionnels et des organisations.

Nous retiendrons que l'expertise soignante consiste à avoir une expérience, suffisamment longue dans la durée, qui justifie d'avoir une compétence spécifique dans le métier de soin au sens large. C'est en d'autres termes, témoigner d'un haut niveau de compétences techniques, en tenant compte de l'aspect social de la prise en charge du patient. C'est pour cela que nous choisirons la définition de Macquet et Fleurance dans le cadre de notre recherche.

III.3. Approche de la « vision prospective »

La « vision prospective » est une approche « des possibles environnementaux et des possibles organisationnels » (Boyer, L et Scouarnec, A. 2008). Nous pouvons dire aussi que c'est un regard dans le futur.

« Depuis des millénaires, l'homme a cherché à « deviner » le futur – pythie, devins, druides, sorciers, marabouts, prophètes… - soit de façon religieuse, soit « scientifique » avec la modernité des siècles de lumières ; un peu comme si l'homme ne pouvait imaginer de vivre

.

dans le présent, s'il n'avait pas une certaine idée de l'avenir » (Boyer, L et Scouarnec, A. 2008).

« La prospective est bien définie par Michel GODET comme « un regard des avenirs possibles destiné à éclairer le présent ».

Pour B. de Jouvenal, c'est un combat contre le fatalisme ou le hasard. Le passé ne peut expliquer seul l'avenir (c'est un peu de la prévision), c'est l'image du futur qui s'exprime dans le présent. Plus le changement s'accélère, plus nous avons besoin de regarder plus loin » (Boyer, L et Scouarnec, A. 2008).

Gaston Berger[38] dans « L'attitude prospective » disait qu'« avant d'être une méthode ou une discipline, la prospective est une attitude. C'est dire que l'adjectif doit ici précéder le substantif. Le sens de « prospectif » est évident. Formé de la même manière que « rétrospectif », ce mot s'oppose à lui pour signifier que nous regardons en avant et non plus en arrière. Une étude rétrospective se tourne vers le passé, une recherche prospective vers l'avenir ».

Pour faire un peu d'histoire de la prospective, nous dirons qu'elle « a connu un fort développement en France dans les années 60 avec des hommes de grands talents comme Pierre Massé, Pierre Guillaumat, Jean Monnet, Paul Delouvrier, Jean Fourasté, Alfred Sauvy, Raymond Aron...et aussi Bertrand Jouvenel (inventeur de ce génial néologisme « futurible ») … On retrouve ces précurseurs à la Datar, dans les grandes entreprises publiques ou privées telle la SEMA, créée par Jacques Lesourne » Boyer et Scouarnec, 2008).

« Aux Etats Unis, Herman Khan reste la figure emblématique (on pourrait aussi citer Alvin Toffler, *le choc du futur*) à la de la Rand Corporation, du développement de la prospective (il participa à la mise au point de la doctrine de dissuasion nucléaire « What if ? ») grâce en particulier aux commandes du DOD (Department of Defense), mais aussi les grands cabinets de conseil et de recherche,comme le SRI, l'Institut Battelle, Arthur D. Little...

38L'attitude prospective – Recherche prospective : bibliothèque, février 2014

Le passé ne peut expliquer seul l'avenir (c'est un peu le rôle de la prévision), c'est l'image du futur qui s'exprime dans le présent. Plus le changement s'accélère, plus nous avons besoin de regarder loin. L'image développée par Gaston Berger nous revient : plus une voiture roule vite la nuit, plus les phares doivent porter loin ». (Boyer et Scouarnec, 2008).

La prospective est bien souvent convoquée dans les situations de mutations, qu'elles soient internes ou externes avec pour objectif la construction des scenarii. « La prospective a dû forger des méthodes différentes de celles qu'ont élaborées les sciences plus anciennes. La méthode des scénarios en constitue un exemple. (Julien, Lamonde et Latouche, 1975).

« D'un point de vue pratique, nous pensons que cette démarche de prospective des métiers peut permettre à n'importe quel manager d'avoir un recul nécessaire à l'action pour mieux anticiper les avenirs possibles. La prospective doit fournir tant à l'homme d'entreprise qu'au chercheur une espèce de grille de lecture permettant de percevoir des signaux – parfois faibles – annonciateurs de changement » (Boyer et Scournec, 2008).

La prospective des métiers s'occupe aussi de la gestion des ressources humaines et du management dans l'entreprise.

« L'évolution de la gestion des ressources humaines en France est, selon Rousseau, (1993) marquée par la domination du court terme depuis la première crise pétrolière à l'exception d'une courte réhabilitation des perspectives de moyen terme à la fin des années 80 ».

« De 1975 à 1980, la priorité était donnée à la gestion quantitative de l'emploi, sur la gestion des compétences, dans un contexte du fort renouvellement des qualifications » (Mazouli, 2002).

« La période suivante, de 1986 à 1990, caractérisée par l'embellie du marché de l'emploi, fut marquée par l'intégration accrue par la logique de compétences se traduisant notamment par le développement de démarches de Gestion prévisionnelle des emplois et de métiers dans nombre de grands groupes. Mais le retournement de conjoncture du début des années 90, Louart (1993) remarquait que « *la gestion des ressources humaines a dû abandonner, en raison du chômage, sa prétention à construire un ordre social pour se réfugier dans la simple gestion à court terme de l'emploi... »*. (Montil, 2002).

.

Nous avons indiqué dans le contexte de la recherche tous les aspects des réformes qui ont suscité de nombreux changements dans les organisations hospitalières, notamment la réforme de « la nouvelle gouvernance » introduite par l'ordonnance de 2 mai 2005. Non seulement elles ont modifié toute l'architecture de l'hôpital mais aussi sur le plan de la gestion managériale.

« Le management des ressources humaines dans le secteur hospitalier est également lié au mode et au système de gouvernance sanitaire qui délimite les marges de manœuvres possibles des managers hospitaliers. Par exemple, un directeur d'hôpital n'a pas la liberté de recrutement du personnel médical ; l'avancement est fortement encadré par les conventions de la fonction publique hospitalière » (Noguera et Lartigau, 2009).

Dans « Plaidoyer pour une gestion humaine des transitions professionnelles ou : ne plus subir mais choisir ! », Glée et Scouarnec, (2009) abordent aussi d'autres aspects de la gestion des ressources humaines et des compétences. Elles évoquent ici la question des compétences et des transformations professionnelles qui tendent à se généraliser, posant ainsi la problématique « d'un accompagnement adapté » au bénéfice des demandeurs d'emploi. Ces transformations font appel quelque part aux objectifs poursuivis par la prospective des métiers, à savoir déterminer les futurs possibles des métiers qui seront désormais une question du libre choix. Nous reviendrons sur ce concept lorsque nous aborderons la méthodologie de la recherche.

En dehors de ces trois concepts fondamentaux de notre recherche, nous allons aborder maintenant, pour compléter cette étude, deux éléments qui nous paraissent très importants de rappeler dans l'organisation de l'hôpital : la théorie du leadership et l'évolution du management de demain.

.

III.4. Approche de la théorie du leadership

Sur son approche historique[39]nous constatons que depuis plus d'un siècle, le leadership fait partie du champ de la recherche. En même temps, ce concept a connu une évolution, se traduisant par une pluralité de définitions.

Entre 1990 et 1929, le concept met « l'accent sur le contrôle, la centralisation du pouvoir, avec une ligne directrice commune axée sur les rapports de domination ».

Le « leader » est considéré comme celui qui a « la capacité d'induire chez ses subordonnés la diligence, le respect, la loyauté et la coopération. Il s'agit d'une conception verticale et hiérarchique ».

A partir des années trente, le concept amorce » un premier virage vers le concept d'influence ». C'est ainsi que dans la littérature, le concept commence à s'intéresser davantage aux caractéristiques du leader, avec en outre l'émergence d'une conception davantage tournée vers l'influence que sur la domination.

Le *leadership* se conçoit également comme une *interaction* entre les caractéristiques du leader et les caractéristiques d'un groupe et, si l'accent reste mis sur la capacité du leader à influencer les autres, on commence à pointer le fait que les autres ont également en retour un potentiel d'influence sur le leader ».

Les années quarante seront donc les années de l'émergence vers l'étude des comportements. Le concept se définit alors « comme le comportement d'un individu, le leader, lorsqu'il est engagé dans une activité de direction du groupe.

Les années cinquante vont quant à elles entraîner « l'émergence de nouvelles approches » comme :

- « La théorie du groupe qui se propose d'étudier ce que fait un leader dans et avec le groupe.

- Le leadership comme une relation entre individu qui partage un but commun, où le leader est assigné à un comportement spécifique.

39https://lead-edu.ch/qu-est-ce-que-le-leadership-survol-historique/

- L'efficience, où le leader avant tout par sa capacité à influencer la productivité et l'efficacité du groupe ».

Les années soixante se déterminent comme les années de « consensus comportementaliste ».

Nous pouvons dire que l'apogée même du « courant comportementaliste en psychologie qui amène par ricochet une sorte de consensus sur la littérature dédiée au leadership ». Nous retiendrons alors que « le leadership est un comportement qui influence d'autres individus vers la poursuite des objectifs communs ».

Les années soixante-dix vont s'intéresser « aux groupes et aux effets de groupe ». Le leadership est alors perçu « comme la capacité à initier et maintenir dans tel groupe ou telle organisation, l'accompagnement d'objectifs collectifs et organisationnels ».

Les années quatre-vingt seront les années d'une pluralité de définitions du concept :

- « faire faire aux autres ce qu'on veut qu'ils fassent » ;

- « l'influence » reste le mot le plus utilisé dans la définition du leadership ;

- « les traits du leadership ». On valorise dans ces années avant tout « les caractéristiques (compétences, traits de personnalité) affichés les (bons) leaders ».

Par ailleurs, on note l'apparition d'un nouveau paradigme : le leadership transformationnel. « Le leadership émerge lorsqu'un groupe s'engage dans des projets partagés de telle manière qu'autant le leader que le reste du groupe s'influencent mutuellement pour aboutir tous à des degrés de motivation et moralité plus élevées ».

Des années quatre-vingt-dix au 20ème siècle. On arrive à la définition du leadership qu'on connaît maintenant. On distingue alors :

- le leadership authentique caractérisé par « l'authenticité et la sincérité du leader comme celles de ses collaborateurs » ;

- le leadership spirituel qui introduit dans les groupes « des valeurs personnelles et d'appartenance riches et profondes » ;

.

- le leadership serviteur qui est prêt, « apte à cerner des préoccupations de son groupe, afin d'aider celui-ci à devenir plus autonomes et compétent » ;

- le leadership adaptatif qui « encourage les autres à se confronter aux problèmes et défis dans une perspective d'amélioration et d'adaptation » ;

- le leadership des suiveurs qui « met l'accent sur le rôle que jouent « les autres » dans l'implémentation et le processus relationnel particulier qu'est le leadership ».

- le leadership discursif est défini comme quelqu'un qui a « des pratiques communicationnelles négociées entre le leader et le groupe ».

En résumé, le leadership est un concept qui présente une complexité dans sa définition. Aujourd'hui, il se définit « comme un processus d'orientation et d'influence décisif d'une personne sur l'action d'un groupe humain en vue de mettre en place une politique et d'atteindre un certain nombre d'objectifs plus ou moins précis » (Plane, 2015). Plane nous indique par ailleurs « qu'il existe deux types de leadership » qui se cumulent dans leurs actions.

Il les différencie de la manière suivante : d'une part, « le leadership de droit fait référence au lieu de subordination induit par le contrat de travail qui lie un employé à son patron.

Le premier est bien sous l'autorité du second qui peut le sanctionner ou au contraire le récompenser ». D'autre part, « le leadership de fait est plus informel et l'influence du leader peut résulter de sa personnalité, de ses qualités personnelles ou de son projet ». Dans ce cas le leader « exerce une influence forte sur le groupe quasi-naturelle : cela peut être lié à la supériorité de ses compétences ou mieux à son talent, à son allure générale et à son charisme, ou encore au respect de certaines traditions » (Plane, 2015).

Les enjeux du leadership dans un monde en perpétuelles mutations montrent « la nécessité de maîtriser de nouvelles compétences clés tandis que d'autres perdront du terrain progressivement (Plane, 2015). Plane « indique que les compétences comportementales sont de plus en recherchées probablement au détriment des compétences techniques ».

.

Il constate le fait suivant : « dans ce monde en proie à un changement accéléré, les leaders de demain seront certainement ceux qui comprendront la nature de ces mutations et de leur irréversibilité », rappelant ainsi au passage « la métaphore » de Mintzberg sur « les facultés d'adaptation du caméléon pour illustrer ces changements ». Pour terminer, Plane s'interroge sur les qualités du leader de demain : « doit-il être doté d'une personnalité globale ? », Sera-t-il « un bon communicant, ayant un fort esprit d'équipe, capable de travailler en collaboration ? Ou bien est-ce plutôt le narcissique déviant capable d'explorer des chemins de traverse et d'impliquer dans des domaines ou des contextes encore inconnus ? Est-il un créateur de valeur supplémentaire hors norme ? ».

Le leadership se caractérise par « la capacité de ces membres à élaborer une vision à long terme de l'activité, à traduire cette vision en stratégie et à convaincre les actionnaires et de tout ou partie du corps social du bien fondé de cette stratégie.

Le leadership « managérial » tire sa légitimité du comportement du manager et de la façon dont sont interprétées et appliquées les directives et les priorités dans le travail, la qualité. Une part significative de légitimité du leadership provient de la pertinence et de la cohérence des décisions des acteurs de la dirigeance. Il se concentre sur l'avenir de l'entreprise et les changements nécessaires pour l'amélioration de celle-ci »[40].

Le leadership pour être fonctionnel, il lui faut utiliser un certain nombre d'outils. « Selon Moisdon (1997), il existe quatre grands types d'outils de gestion 1) les outils de mise à nouveau de l'entreprise dans son domaine (qualité, gestion de production) 2) les outils d'investigation (audit, diagnostic) 3) les outils d'accompagnement du changement 4) les outils d'exploration du nouveau (expérimentation de nouvelles pratiques). Les outils d'accompagnement au changement aident les managers à prendre des décisions dans une situation complexe quand une solution évidente ne s'impose pas. Les outils de développement du leadership peuvent caractériser ces différents volets (Gauthier et Voynnet Pourboul, 2013).

Les outils sont porteurs de changement et favorisent l'exercice de réflexivité en questionnant les cadres de référence dominants de l'organisation. Simultanément, l'organisation transforme

40http://proville.fr/l9kj9s/historique-du-leadership

les outils (David, 1998) qui ne peuvent pas être ou rester totalement universels mais s'adaptent à des logiques locales » (Gauthier et Voynnet Pourboul, 2013).

III.5. Approche de l''évolution du management de demain

Nous devons reconnaître que « le monde de l'entreprise change. Face à ce phénomène irréversible qui n'épargne aucune société, le manager est contraint de se réinventer pour ne pas disparaître dans les méandres de l'Ancien Monde »[41].

L'article de Priscillia Cheval dans « manager en mission » nous rappelle qu'il faudrait que le manager de demain puisse se questionner sur son portrait au sein de l'organisation.

Pour cela, Priscillia Cheval propose que le manager fasse une « remise en question » sur ses pratiques. Il ne sera plus « le chef despotique qui se distinguait principalement par son autorité ». Il sera plutôt « un leader résolument bienveillant ».

Cheval ajoute que le manager de demain devra être « un créateur de liens » et bien avoir à l'esprit la connaissance « du réseau dans la réussite d'un projet ».

Il faudra qu'il puisse « tisser des liens entre les membres de son équipe, en favorisant notamment les échanges, mais aussi avec d'autres professionnels et des entreprises ». Il sera celui qui attachera de l'importance à la détection des talents. Une autre compétence que devra avoir le leader sera d'être « au service de son équipe », proche des lieux de travail où s'effectue la production, « plus proche de l'action » avec une idée dominante en tête « penser collectif ».

Priscillia Cheval nous dit que le leader de demain devra « œuvrer pour le bien-être de tous » au sein de son équipe qui devra passer « par un véritable effort de transparence » et « d'accroître leur engagement et leur fierté d'appartenance au groupe ».

« Le manager va être de plus en plus le chef d'orchestre : il sera celui qui donne le tempo et met en place les conditions pour qu'une harmonie soit créée dans l'équipe.

41www.managerenmission.com

Même si son rôle sera toujours de s'assurer qu'un cadre existe pour faire vivre l'équipe, ce cadre sera néanmoins plutôt co-construit avec le reste de l'équipe, qu'imposé unilatéralement. Il comprendra toujours la définition d'objectifs. Il sera « l'instigateur de dialogue et facilitateur des échanges et de la transversalité entre les équipes et les projets. Les collaborateurs, trices seront pour leur part de plus en plus responsabilisés et une autonomie accrue pourra leur être donnée » [42]

C'est pour cette raison que le manager de demain sera plutôt un animateur d'un « collectif global plutôt qu'une équipe seulement des collaborateurs. Il sera amené à animer des équipes « hybrides » composées à la fois de collaborateurs, de clients, d'étudiants, de consultants, de représentants, de freelances... »[43].

Le manager de demain sera un homme ou une femme transformé(e) eu égard aux différentes mutations futures que vont connaître les organisations. Ce futur qu'on annonce mouvant imposera au manager de revoir ses compétences, ses connaissances et de se renouveler afin qu'il ne soit pris au dépourvu.

III.6. Le management : un concept utile dans l'économie et la gestion des entreprises

L'hôpital public est soumis ces dernières années aux méthodes de management venues de la sphère privée.

Ses méthodes ont pour but de flexibiliser le fonctionnement de l'hôpital, de limiter les lourdeurs administratives et d'impliquer l'ensemble de son personnel dans la prise de décision. Le passage à ces méthodes du privé se fait sans ménagement (Domin, 2016). La logique managériale est confrontée à une histoire marquée jadis par la gratuité des soins, par l'accueil de toutes les personnes en souffrance, l'accueil des indigents et les sans-logis. En introduisant les méthodes managériales du privé, il y avait là comme une volonté de faire disparaitre le service public.

42Manager de demain : quelles sont les principales évolutions à venir
43www.paris.levillagebyca.com

Qu'est-ce que le management ? Que se passe-il sous le vocable de management ? Avant de répondre à ces questionnements, il nous semble important de dire que depuis quelques années, le management hospitalier est à la recherche d'un nouveau souffle. Le manque d'autonomie, les missions de plus en floues et des injonctions contradictoires font qu'il devient difficile de répondre aux besoins des personnels et finalement à ceux des usagers de l'hôpital. Il est temps que nous accordions une acuité particulière à la fonction RH. Elle doit être motivée et responsabilisée pour mieux accompagner cette mission de déconcentration de gestion qui est le pôle d'activité.

Le management se définit de plusieurs manières en fonction des auteurs. D'après Delebecque (2009), il existe plusieurs définitions du point de vue étymologique. D'abord « to manage » qui voudrait dire « dresser un cheval ». Puis « managiarre » qui signifie « tourner un manège ». Enfin, Delebecque définit le mot « manager » comme « faire tourner une entreprise, une équipe, conseiller, entraîner… ». Pour donner une définition du mot management, Delebecque cite Fayol qui lui donne ce sens : c'est un « ensemble de technique de gestion et d'organisation d'une affaire, d'une entreprise ».

Hermel (Delebecque, 2009) le définit comme étant un « ensemble de techniques de conduite et de direction d'une organisation », « ensemble des démarches, méthodes et processus de conduite… de gestion pure ».

Pour Goguelin (Delebecque, 2009), le management « s'applique aux personnes qui ont une influence sur l'organisation ». Ce sont aussi des « qualités humaines » et des « notions d'acteurs, de personnes… ».

Thietart et Pique (Delebecque, 2009) le définissent comme une « science de la gestion, de conduite d'une organisation ». C'est aussi « diriger, planifier, contrôler ».

C'est la « recherche » et la « mise en œuvre de talents dans l'entreprise pour le développement ou un projet d'entreprise ».

Quant à Le Goff (Delebecque, 2009), le management est une « manière de disposer, de combiner ». C'est avoir « le courage de dire, assumer ses responsabilités », c'est une « écoute, la qualité de la parole » et du « rapport avec les autres ».

.

Le concept de management « s'est peu à peu développé dans les entreprises industrielles et bureaucratiques, puis dans les entreprises de services, au cours du 20ème siècle (Lefebvre, 2001). « Le concept apparaît nettement à la fin des années 50 en Amérique, et se généralise aujourd'hui à tous les univers de production, y compris dans l'économie sociale, et plus largement dans le champ de la santé et l'action sociale » (Lefebvre, 2001). « Le 20ème restera comme le siècle du management » (Mintzberg, 1989).

Le management constitue une réponse à des évolutions historiques et à des mutations dans l'économie et le travail. Il est associé à la notion proposée par F. Braudel « d'avènement de la société industrielle, de la société bourgeoise et capitaliste » (cité par Patrick Lefèvre, les Cahiers de l'Actif-N°314-317, p28).

Cependant, dans les fonctions déclinées et rôles du manager, le management pour Taylor (cité par Delebecque, 2009) c'est « prévoir, organiser, commander, contrôler » alors que Drucker, Fayol et Mayo (cité par la même source) considèrent non seulement que c'est « prévoir » et « organiser » mais aussi « décider, motiver » et « évaluer ».

Dans les théories des organisations (Belanger et Mercier, 2006) et approches du management on note trois grands courants au niveau de l'école classique.

Le premier est Max Weber avec le modèle de l'organisation traditionnelle et charismatique. Ce mode de management apporte la formulation des procédures, l'analyse et la coordination des tâches. C'est la bureaucratie. Cette approche présente des limites car il ne prend pas en compte la culture de l'organisation, ses normes fonctionnelles et la compétence.

Le deuxième, Fréderic W. Taylor est à l'origine de l'organisation scientifique du travail. Il propose une différenciation formelle des tâches confiées aux dirigeants et aux exécutants. Son postulat : améliorer le travail en analysant les processus et sélectionner les personnes qui avaient les meilleures qualifications pour un poste donné. « On lui doit la notion de rendement de la production à partir de la mesure objective et instrumentée du temps du travail ouvrier » (Dauphin, 2011).

.

Dans la théorie de Taylor, on privilégie la division verticale du travail entre les ingénieurs, les cerveaux penseurs d'une part et les ouvriers d'autre part, qui sont des exécutants.

Enfin, le troisième est Henri Fayol qui s'intéresse plutôt à la division du travail, à la hiérarchie et à la centralisation. Il a institué le mode de management avec un seul patron. « Sa pensée fait encore autorité. Il a élaboré une théorie de la direction des affaires, perçue comme fondatrice, dans son ouvrage Administration industrielle générale (1916) qui a surtout connu un succès aux États-Unis avant d'être réintroduite en France après la seconde Guerre mondiale » (Dauphin, 2011). Les fonctions auxquelles il s'intéresse sont des fonctions administratives considérées comme faisant partie des tâches de la direction.

Ces différentes approches ont constitué les fondements du management et sont restées des repères importants dans l'évolution du management.

Ainsi, nous pouvons admettre que les managers sont aujourd'hui obligés d'avoir des compétences, des aptitudes à analyser des situations délicates auxquelles ils sont confrontés, à cause des organisations qui deviennent de plus en plus instables et fragiles.

En somme, le management est un processus qui consiste à définir des objectifs, les moyens financiers et matériels et de coordonner les actions des membres d'un groupe, d'une collectivité pour atteindre ces objectifs.

C'est diriger en fixant des objectifs et les moyens pour les atteindre ; mobiliser les ressources humaines, financières et matérielles de façon optimale et contrôler que les objectifs définis ont été atteints, au besoin, apporter les correctifs nécessaires.

Le management se complète avec la situation. Nous parlons alors de management situationnel qui veut dire, selon Tissier (Delebecque, 2009) « exercer des styles de management variables pour s'adapter aux différentes situations rencontrées ». Il définit au passage la situation comme étant des « événements de la vie d'un responsable » dans un « contexte » donné. Nous devons alors « adapter son style de management au contexte et aux personnes présentes au moment où » le manager « doit manager ». Pour cela, le manager doit faire appel aux différents modes de management directif, persuasif, participatif et délégatif.

.

Le management directif est celui que nous devons utiliser lorsque l'agent est nouveau dans le service dont il ignore le fonctionnement, les habitudes ou lorsque l'agent a besoin d'être cadré. Ce type de management est très organisationnel mais accorde moins les aspects relationnels.

Le management persuasif est souvent adapté aux agents qui ont une personnalité rebelle. Autant le style est très organisationnel, autant il a besoin du relationnel pour convaincre la personne à avoir des bonnes pratiques professionnelles.

Le management participatif est un mode de management peu organisationnel qui a une grande part du relationnel. C'est le mode très apprécié du monde hospitalier. Les personnes œuvrent toutes pour un même objectif. Ce style de management est utilisé dans le mode projet.

Le management délégatif est souvent pratiqué auprès des personnes qui ont fait preuve d'une certaine expérience dans un domaine donné. L'encadrement doit alors leur faire confiance. Le chef peut partager certaines responsabilités avec elles. Elles peuvent bénéficier d'une délégation de responsabilités dans leur domaine de compétence. Le management est dit alors peu organisationnel et peu relationnel.

Quel que soit le niveau de management, le type de management, il nous parait plus important que le « manager » ait à l'esprit la notion de « bienveillance ».

Le dictionnaire Larousse définit la bienveillance comme une « disposition d'esprit inclinant à la compréhension, à l'indulgence envers autrui ». C'est être attentionné envers un tiers d'une façon désintéressée et compréhensive.

Le management est une affaire des Hommes pour et par les Hommes. La « bienveillance » dans le management est un facteur d'amélioration des conditions de travail, de mise en confiance des équipes.

Dans leur article « Quel management demain ? », Boyer et Scouarnec (2010) reprennent ce concept de « bienveillance ». Un concept qui, selon les auteurs, présente une « utilité pour le management de demain ». « Ils démontrent l'originalité et la pertinence de postures bienveillantes en management.

.

En articulant leurs réflexions avec la prospective des métiers, ils proposent une combinatoire « bienveillante » entre prospective organisationnelle et prospective de soi afin de redonner du sens aux approches RH et managériales, tant du côté organisationnel que du côté de l'individu ». Nous voyons bien que la quête du sens fait partie des problématiques récurrentes des organisations et aussi des individus qui composent ces organisations. Le « sens » permet à l'individu la compréhension et l'appropriation des objectifs et des actions à mener au sein des organisations.

Nous ne pouvons terminer notre approche du management sans aborder la question de la communication, notamment la communication organisationnelle ou institutionnelle. C'est un levier important dans la compréhension des objectifs managériaux et la mise en place des différentes stratégies qui permettent d'atteindre les objectifs.

La manager doit savoir communiquer, faire passer des messages par des canaux sûrs afin d'éviter ce que Habermas appelle la « distorsion communicationnelle ou pathologique communicationnelle » (Medina et Lahmadi, 2012) qui engendre bien souvent les mensonges, la rétention de l'information. Depuis la genèse du projet jusqu'à la fin, tout manager doit veiller à la transmission de ses informations, à l'usage des supports qui ne favorisent pas la déformation de la substance informationnelle. Il doit s'assurer de la pertinence des supports. C'est-à-dire s'assurer de l'adéquation de ces supports aux objectifs à atteindre.

« Dans un espace organisationnel où le management fait face à ces failles (pathologies de la communication, injonctions paradoxales, rythmes de travail et adhésion affective), les employés adoptent une attitude défensive » (Ibid).

Dans un système organisationnel comme l'hôpital, une attention particulière doit être portée à la communication interne, la communication interpersonnelle. Nous entendons souvent certains personnels dire qu'ils reçoivent de leurs supérieurs hiérarchiques des injonctions paradoxales ou des ordres contradictoires. Les personnels sont perdus. Les informations ascendantes comme descendantes sont dissymétriques, non concordantes, ayant perdu de la substance, au point de déboussoler ceux qui doivent les mettre en application sur le terrain.

.

Nous disons que le management est intimement lié à la communication. Il est aujourd'hui difficile de concevoir le management sans communication. Un tel manquement serait générateur des mouvements sociaux résultant du mécontentement des personnels qui constituent l'organisation. Le choix des canaux de diffusion est primordial afin d'éviter toute déformation du message. Le management est complémentaire de la communication ou vice versa. Toute stratégie organisationnelle a besoin d'une communication institutionnelle. On n'en fera pas l'économie lorsqu'il s'agira des changements organisationnels afin d'éviter la peur (du changement), le stress au sein des équipes. Mucchielli (Medina et Lahmadi, 2013) a affirmé que « si le manager est incompétent en communication interne, il est incompétent en management ». Si cette phrase est un peu exagérée, elle démontre tout de même de l'importance de mener ces deux concepts en même temps, en totale synergie.

Les responsables de l'hôpital ont l'obligation d'informer tant les patients que les personnels dans le but de créer ou de maintenir la confiance, la cohésion, l'attractivité et une dynamique interne.

Les cadres de pôles venant des horizons professionnels différents, sont amenés à croiser toutes ces différentes compétences dans l'exercice de leur fonction. C'est pour cette raison que la question de la formation de cadres de pôle s'impose.

Il faut noter qu'en sa qualité d'expert qui tient compte de sa formation d'origine (infirmier, kiné…), le cadre de santé de pôle doit avoir une formation diversifiée pour faire face aux problématiques posées dans différents pôles dont il a la charge. Chaque cadre de santé qui a la responsabilité d'un pôle doit pouvoir suivre une formation complémentaire continue correspondant aux besoins de son pôle. En parlant d'infirmière experte, Frenette-Leclerc[44] dit ceci : « Il faut noter que l'experte qui change de domaine de soins retourne à un stade inférieur de fonctionnement.

Elle commence un nouvel apprentissage et elle n'est pas encore experte dans ce domaine. Toutefois, l'expérience qu'elle a acquise antérieurement devrait lui permettre d'évoluer plus rapidement vers l'expertise ».

44 Sur le chemin de l'expertise, Infiressources

III.7. Le cadre de santé de pôle : un manager incontournable à l'hôpital

Les cadres de santé sont de plus en plus dans des méthodes issues du monde de l'entreprise en termes de performances managériales et innovation technique. Il s'agit d'une double approche : d'une part les compétences managériales et d'autre part les compétences techniques acquises au fil des années. Dès lors la question qu'on est droit de se poser c'est : comment la balance va-t-elle s'opérer ? Les compétences en stratégie managériale et les compétences techniques, dans lesquelles on associe l'expertise soignante, doivent-elles agir de pair ou l'une d'elles pèsera plus que l'autre et dans quelles proportions ? C'est tout l'enjeu de l'encadrement de pôle.

Au XIXème siècle, les sœurs cheftaines s'occupaient de toutes les activités qui se déroulaient à l'hôpital (Catanas, 2008). « Elles étaient placées sous l'autorité immédiate de la Supérieurs dans chaque hôpital, et sous celle de leur Supérieure Générale et du Supérieur des pères Lazaristes à Paris, membres de l'ordre religieux fondé par Saint Valentin de Paul (Catanas, 2008).

Pour former une surveillante à cette époque il fallait sept ans. Comme il y avait une pénurie des responsables de services, la formation avait dû être réduite à un stage de quelques mois pour accéder au grade de surveillante (Catanas, 2008). Les nouvelles surveillantes n'avaient pas de formation infirmière. Cette qualification avait échoué du fait qu'elle se résumait à surveiller et à punir. C'est alors qu'est venue l'idée de recruter les surveillantes parmi les personnels soignants laïcs (Catanas, 2008). A l'époque on trouvait que la fonction soignante était incompatible de la fonction d'encadrement.

A la fin de la deuxième guerre mondiale, le rôle de la surveillante se résumait à la bonne application des tâches, au maintien d'ordre et au règlement (Catanas, 2008). Le management est alors de type directif. C'est en 1958 que le Ministère de la Santé et de la population, appellation de l'époque, va créer un nouveau diplôme intitulé Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et monitrice (Catanas, 2008).

.

Le mot « cadre infirmier » est apparu pour la première fois en 1975 dans l'architecture hospitalière et l'ouverture des écoles de cadres date de 1960 (Catanas, 2008).

Le diplôme de cadre de santé intervient en 1995 avec création des instituts de formation des cadres de santé. La formation s'ouvre au management des ressources humaines, aux préoccupations économiques et à l'application des méthodes dédiées à la qualité.

A la sortie de l'Institut de formation, le diplôme de cadre de santé permet de travailler au niveau de trois Institutions : à l'Institut comme formateur des personnels paramédicaux, dans une unité de soins à l'hôpital (cadre de santé de proximité) ou dans une Institution médico-sociale en établissement hébergeant les personnes âgées dépendante (EHPAD), en maisons d'accueil spécialisé. La formation des cadres de santé « offre une évolution de carrière tout en laissant une amplitude à chaque professionnel pour choisir les paramètres de son poste. Aujourd'hui les cadres de santé sont donc plus autonomes et ont plus de responsabilités » (cadredesante.com, octobre 2012).

Au bout de trois à quatre ans d'expérience en milieu hospitalier ou médico-social, il peut être nommé aux fonctions d'encadrement supérieur de pôle. Les cadres de santé de pôles occupent une place importante dans la gestion et la mise en œuvre des stratégies des organisations.

Le cadre paramédical de pôle assiste le chef de pôle dans ses fonctions d'organisation, de gestion et d'évaluation des activités des unités qui constituent le pôle. Il veille à l'optimisation par l'anticipation et la mise à disposition des ressources humaines et équipements, dans le respect des contraintes budgétaires. Il assure également le management de l'encadrement de proximité. « Dans un contexte de responsabilité sociale de l'entreprise ou de l'organisation, nous soutenons l'utilité d'une approche prospective en matière de gestion des ressources humaines et plus généralement de management des organisations » (Scouarnec, 2015).

C'est au cadre de pôle qu'incombe la responsabilité d'élaborer et de rédiger le rapport d'activité, la planification de la réalisation du projet ainsi que le contrôle et le reporting. Il est le garant de la qualité des soins et de l'évaluation des pratiques professionnelles au sein du pôle. Son positionnement dans le pôle favorise un management efficace. Il représente une force d'impulsion et d'initiative dans l'animation et l'encadrement des équipes. Il travaille en

étroite collaboration avec le Coordonnateur général de soins dans une vision stratégique et systémique de la politique de l'établissement.

Les cadres de santé de pôle, dans la logique gestionnaire, sont des porteurs de la politique de rationalisation engagée par l'établissement. Ils doivent l'expliquer et la traduire au sein de leurs équipes. Ils sont « les garants de sa mise en œuvre, ce qui tend à les charger d'une mission délicate et de les doter d'une visibilité qui n'atteignait pas auparavant une telle ampleur » (Divay et Gadéa, 2008).

Le terme de cadre de santé est aujourd'hui assimilé à la fonction de manager au sens qu'il doit encadrer, conduire et diriger une équipe. Jean Christophe Gauthier (2009), s'est interrogé sur la fonction managériale du cadre de santé. « Le cadre de santé est-il un manager comme les autres ? ». Telle est la formulation de son questionnement.

Au regard de l'évolution de l'organisation hospitalière depuis la nouvelle gouvernance, Jean Christophe Gauthier affirme que le cadre de santé est un manager comme les autres par ses fonctions d'encadrement, d'organisation et de gestion des ressources humaines.

Il doit rechercher de façon permanente « son chemin entre la recherche d'une efficience nécessaire pour répondre à l'économie de la santé et la recherche d'un sens à l'action de soins » (Gauthier, 2009). Il s'agit pour le cadre de santé de pôle d'être toujours en posture de recherche stratégique dans une approche globale.

Cependant, la fonction de cadre de santé de pôle exige la séparation entre la fonction soignante qui n'est plus sa vocation mais garde son expertise et la fonction managériale. Les domaines de l'expertise et la fonction managériale doivent être, à cet effet, développés et reconnus. « La qualité de gestionnaire doit devenir le guide légitime du management au détriment de tout autre langage (Gaulejac, 2005) » ; un management qui doit intégrer la notion du sens donné aux équipes.

.

Dans « La montée de l'insignifiance, Castoriadis (1996) marque son inquiétude sur « la crise du sens et de la perte de repères génératrices d'insécurité psychique dans l'usage de l'outil gestionnaire ». C'est d'ailleurs ce qui va motiver les pouvoirs publics à diligenter une mission, celle confiée à Mme Chantal de Singly, sur le rôle et la valorisation des cadres hospitaliers.

Dans l'approche des rôles du cadre telle que Mintzberg (2006) la définit, il apparaît que certains sont prégnants, notamment dans l'approche décisionnelle qui est mise en exergue. Il identifie au total dix rôles que doit avoir le cadre.

D'abord le rôle de « cadre symbole » car son statut lui confère un rôle de symbole, de « leader » car il doit fixer le cap, une vision de l'organisation en élaborant les objectifs ou un « agent de liaison » dans l'entretien des réseaux internes et externes que le cadre doit avoir dans les « relations interpersonnelles ». Puis les rôles d'« observateur attentif » disposé à porter une aide à ses collaborateurs, de « diffuseur d'informations » ou de « porte-parole » dans la transmission d'informations au sein des équipes.

Enfin, il nous dit que le cadre est un « entrepreneur » qui doit identifier et développer d'autres gisements de création de valeur, un « régulateur », un « répartiteur de ressources » et un « négociateur » dans ses « rôles décisionnels ». Il doit veiller au bon fonctionnement de son organisation.

Le cadre de santé de pôle pratique des actions correctives, en favorisant « l'évaluation des pratiques professionnelles ». Il doit contrôler, coordonner et organiser le travail des cadres de proximité au travers des objectifs définis et précis, particulièrement lors des entretiens annuels d'évaluation. Cependant, l'analyse de Mintzberg reste limitée car elle ne vise que les cadres de proximité et ne fait pas ressortir l'aspect transversal de la fonction de cadre de pôle. Néanmoins, il explique au travers de ses travaux dans « Le management : voyage au centre des organisations » que le « manager transversal doit avoir une vision systémique de l'organisation : interfaces entre les entités, les flux d'informations et les autres flux ainsi que les modes de régulation ». Mais « La complexité du rôle du manager est qu'il s'agit d'une activité brève, variée et fragmentée, qui passe plus par l'oral que par l'écrit et qui consiste à assurer l'interface entre l'organisation et l'extérieur » (Dauphin, 2011).

.

Un des rôles du cadre de santé de pôle est d'être le lien entre son organisation et les entités extérieures publiques ou privées.

C'est cette approche qui définit le mieux la fonction du cadre de pôle telle que nous la concevons. Le « manager transversal » pour nous n'est autre que le cadre de santé de pôle.

Un de ses rôles sera de mieux comprendre les logiques entre les différentes unités fonctionnelles afin se situer en interface pour servir de trait d'union. « L'équipe de direction d'un hôpital ne saurait, en effet, conduire de nouveaux projets sans le relai actif de ses cadres » (Divay et Gadéa, 2008).

Le développement de nouveaux concepts en management connait depuis quelques années de grands moments de bouleversements dans les organisations publiques et privées.

Le développement de leur mode de gestion suppose aujourd'hui la création de nouveaux concepts qui vont contribuer fortement dans l'agir professionnel, notamment dans les stratégies organisationnelles et dans la gestion prévisionnelle des ressources humaines (GRH).

La fonction de cadre de santé de pôle est de plus en plus liée à la notion de responsabilité, laquelle « s'exerce dans un environnement soumis à des nombreuses contraintes, qu'elles soient économiques, institutionnelles, réglementaires, relationnelles, cliniques, environnementales et spécifiquement liées à la notion de service public ». (Boyer, 2010). Boyer utilise quelques métaphores pour définir cette fonction de cadre de santé parmi lesquelles nous retiendrons : le « cadre maternant » qui est toujours présent pour répondre aux angoisses, à la sécurité de son équipe ; la fonction de cadre de santé comme « garant de l'éthique » qui exige de ses équipes le respect des valeurs humaines, de l'institution ; « la notion de diplomatie dans la fonction de cadre » résultant de sa position à la « confluence de plusieurs logiques : soignante, médicale, administrative et économique ». Le rôle du cadre de santé sera de faire fonctionner ces différentes logiques en totale synergie, dans le respect de la réglementation et des textes en vigueur.

.

Une autre approche de la fonction de cadre en sa qualité de manager est celle de Dorel. Dans son livre « Le management libéré » Marc Dorel (cité par Entreprise.fr) « montre qu'un autre style de management est possible et serait utile pour sortir de la récession et transformer notre société ». Dans ce type de management on privilégie l'autonomie, la responsabilité et l'équité au sein des équipes.

C'est donner le cadre dans lequel les agents doivent évoluer, tout en respectant les objectifs qui leur sont assignés et en mettant leurs compétences en exergue. Mais cette approche de Dorel a un inconvénient. Il propose d'effacer la verticalité du management pour une forme horizontale. Il suggère que disparaisse l'organigramme dans l'entreprise au profit des règles définissant le rôle de chaque agent. A priori ce type de management serait incompatible avec l'organisation hospitalière qui est de nature pluristratifiée avec ses avantages et ses inconvénients. L'organisation hospitalière a besoin des compétences verticales et horizontales. Est-ce une raison pour disqualifier d'emblée cette approche de Dorel ?

Ne pouvons-nous pas chercher à explorer cet aspect de management qu'on pourrait qualifier de gouvernance des personnes et des organisations, dans laquelle les acteurs auraient plus que jamais des rôles internes et externes à jouer dans une vision systémique, globale ?

Où la posture d'empathie, d'écoute et d'accompagnement serait la valeur cardinale ? Si tel est le cas, pouvons-nous dire que le management au sens de Mintzberg serait dépassé au profit de l'approche de Dorel ?

III.8. La compétence : une notion plurielle, cognitive, sociale et évaluative

« La notion de compétence est de plus controversée et n'est pas rigoureuse du fait de la polysémie de sa définition et de ses nombreuses instrumentations sociales »[45] Brassat nous rappelle que la compétence vient de la langue anglaise et se dit soit : *competence, ability* ou *skill*. Et les trois termes qu'ils recouvrent proviennent « du champ sémantique de l'*aptitude à »* qui signifierait « la capacité de faire, l'adresse ou l'habilité ».

45 Emmanuel Brassat : la notion de compétence, ses enjeux épistémologiques

Pour lui « ce terme renvoie à l'idéal ou à la norme de l'efficacité, à la puissance de faire, au potentiel de productivité positive d'un savoir-faire avec, celui dont doit disposer l'individu humain qui veut se réaliser ou se conserver et également à l'élève apprenant ».

Nous observons là la complexité de la définition du mot. Le même Brassat apporte en plus cette clarification, selon laquelle « dans son acception épistémologique, la notion de compétence oscille néanmoins entre plusieurs définitions qui ne se regroupent pas nécessairement et qu'il faut distinguer : behavioriste, cognitiviste, constructiviste, pragmatique ».

La compétence est définie, entre autres, comme une « capacité que possède une personne de porter un jugement de valeur dans un domaine dont elle a une connaissance approfondie »[46]. Nous parlons de compétence professionnelle. Elle est utilisée dans plusieurs disciplines comme la sociologie, la gestion, les sciences de l'éducation…

Néanmoins, pouvons-nous dire que la « compétence » signifie la « capacité » ? Si nous explorons la notion de capacité, le dictionnaire Larousse nous apprend que la « capacité est un pouvoir d'accomplir une tâche nécessitant une compétence ».

Barbier (2018) considère que les capacités font partie de l'ingénierie de formation. Il définit les capacités comme étant « des construits attribués à des sujets sociaux pour désigner les rapports qu'ils entretiennent avec des classes d'activités » dans des contextes éducatifs.

Dans le même temps, il définit la compétence comme étant « des propriétés attribuées à des sujets par inférence à partir de leur engagement dans des actions situées ». Nous avons d'un côté la capacité qui représente « des construits attribués à des sujets » et de l'autre la compétence qui représente « des propriétés attribués à des sujets ». La différence se situe dès lors entre le « construit » et la « propriété ». En d'autres termes, le « construit » sera attribué à l'apprenant (avoir la capacité) et la « propriété » au professionnel (détenir une compétence). « La compétence serait dans un même temps produite et mobilisée dans l'activité » (Barbier, 2018).

46 Centre National de Ressources Territoriales et Lexicales ou CNRTL, 2012

Nous pouvons conclure que la « compétence » est une « capacité » de savoir, de savoir-faire, de savoir-être ou de faire quelque chose donnée dans un contexte spécifique, que l'individu soit en formation ou en milieu professionnel.

Dans la théorie des Ressources-Compétences, Prahalad et Hamel (1990) ont ajouté d'autres concepts : les compétences-clés et les compétences organisationnelles. « Les compétences-clés désignent ce que l'entreprise est capable de bien faire mais mieux que les autres ». Alors qu'ils définissent la « compétence organisationnelle » comme étant « une alchimie qui provient des interactions situées entre des connaissances individuelles et organisationnelles, des pratiques et des attitudes ».

La compétence peut avoir une dimension cognitive ou technique (Bourdieu, 1989, cité par Coulet, 2016). D'autres auteurs (comme Ledru cité par Coulet, 2016) la définissent comme une « capacité à résoudre des problèmes de manière efficace dans un contexte donné ».

Aussi, la définition de Bellier (cité par Coulet, 2016) dit que la « compétence permet d'agir et/ou de résoudre les problèmes professionnels de manière suffisante dans un contexte particulier en mobilisant diverses capacités de manière intégrée ». Cette définition de Bellier prend certainement en compte la dimension sociale.

Cependant, cette approche est susceptible de créer un clivage du fait de l'expression « de manière suffisante » car cela voudrait dire, de façon implicite, qu'il existe des problèmes professionnels qui sont résolus de manière insuffisante.

Il s'agit d'une dimension de performance qui qualifie la compétence ou la non-compétence. « En se fondant ainsi sur la performance pour statuer sur la compétence, on évacue, de fait, la question du statut de l'organisation de toutes les conduites jugées non satisfaisantes sur cette seule base » (Coulet, 2011).

Toutes ces définitions montrent que nous sommes bien dans des dimensions réflexives et pratiques.

.

D'aucuns définissent la compétence comme étant une situation naturelle à avoir des aptitudes alors que d'autres la considèrent comme une expression de la performance qui, elle-même, est le résultat dans l'exécution d'une tâche (approche sociologique de Larousse).

La définition la plus appropriée pour nous ici est celle que donne Ledru. Elle reflète bien la définition de la compétence du cadre de pôle dans son action au quotidien, dans son environnement transversal, telle que nous l'entendons. Elle privilégie « la capacité de résoudre les problèmes dans un contexte donné » qui englobe, au passage, l'approche du sens au travail donnée aux équipes.

Dans une approche théorique, la compétence est intimement liée à la situation, à la tâche et à l'activité (Coulet, 2011). « Il s'avère qu'un même sujet, confronté à une même tâche, n'organise pas son activité de la même façon, selon les caractéristiques de la situation dans laquelle s'inscrit cette activité. A l'inverse, des sujets différents confrontés à une même tâche dans une même situation, peuvent interpréter cette situation de façon différente et, par conséquent traiter la tâche différemment » (Coulet, 2011). Dans une autre mesure, il est possible d'avoir un cas de complémentarité des compétences entre deux sujets traitant la même tâche dans une configuration sociale donnée.

Par ailleurs, la description des « processus organisateurs de l'activité » sont importants dans la connaissance même de l'activité. D'où l'intérêt des protocoles, des procédures qui sont mis en place pour faciliter l'exécution de l'activité.

La conception de logigrammes illustre bien la volonté de décrire l'activité qui peut avoir une multitude de tâches ayant un début et une fin. Un diagramme de Pert permet de hiérarchiser les tâches, les activités, celles qui doivent être effectuées en priorité, en amont avant d'entreprendre les autres. On parle de la hiérarchisation des tâches et des activités.

.

Nous retrouvons cette notion de hiérarchie chez Rasmussen (1986) (cité par Coulet, 2011) lorsqu'il parle de décomposition de l'activité en « skills » (actions effectuées sans contrôle cognitif), « rules » (les conduites fondées sur des règles généralement explicables) et « knowledge » (conduites fondées sur l'utilisation des connaissances pour faire face à des situations inhabituelles). La prise en compte de cette question de la hiérarchisation est primordiale dans l'élaboration des référentiels de compétences ; ce qu'il convient de faire ou d'apprendre avant d'acquérir une nouvelle compétence.

La notion de compétence est non seulement polysémique mais importante. Dans les années quatre-vingt-dix, elle a fait l'objet de nombreuses réflexions. On a parlé de bilans de compétences pour répondre à la problématique de l'employabilité et la gestion du « capital humain » en gestion des ressources humaine (GRH).

La définition de la compétence varie selon les auteurs et les activités. La compétence peut relever du domaine professionnel comme du domaine personnel.

En dépit de la pluralité des définitions qui apparaît bien souvent consensuelle pour beaucoup d'auteurs, la littérature nous révèle qu'il y a une foisonnante diversité de conceptions. C'est ainsi que certains auteurs (comme Dietrich et al. 2002 cités par Coulet 2011) pensent que « les ambiguïtés qui en résultent, loin de de nuire à son utilisation, sont, au contraire, un facteur favorisant sa diffusion et son adaptation par un ensemble d'acteurs ayant pourtant des conceptions radicalement distinctes (sinon opposées) » (Coulet, 2011).

Nous observons cependant, selon les auteurs, une double approche de la notion de compétence : celle qui privilégie la dimension cognitive ou technique d'une part et celle qui insiste sur la dimension sociale, affective et motivationnelle d'autre part (Cahour, 2006 ; Letor, 2006 cités par Coulet, 2011).

Ainsi lorsqu'on définit la compétence comme « un ensemble stabilisé de savoirs et de savoir-faire, de conduites-types, de procédures standard, de types de raisonnements que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau », on est du côté de l'approche cognitive.

.

Å l'opposé, lorsque l'on énonce que « définir et reconnaître la compétence d'un salarié ne résulte pas d'un choix définitif ni d'une évidence ; c'est le résultat, fragile et dynamique, d'une négociation invisible entre des auteurs variables et à des niveaux différents (Defélix, 2005 cité par Coulet, 2011), on est du côté de l'approche essentiellement sociale de la compétence. Malgré la bipolarisation des deux approches, il peut arriver que certains auteurs utilisent simultanément les deux approches.

C'est le cas de Bellier (Defélix, 2005 cité par Coulet, 2011) lorsqu'il définit : « la compétence permet d'agir et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier en mobilisant diverses capacités de manière intégrée ». « La mobilisation de capacités de manière intégrée » fait apparaître l'approche cognitive alors que « contexte particulier » renvoie à l'approche sociale de compétence (Defélix, 2005 cité par Coulet, 2011).

Comment acquérir la compétence ? Il y a plusieurs voies pour acquérir la compétence. Premièrement, par le cursus universitaire : il permet d'avoir la compétence par le biais de la formation initiale et/ou par la formation continue (le développement des compétences). En ce qui concerne les cadres de santé de pôles, nous pouvons nous reporter aux référentiels métiers de leur formation en Institut. De même, depuis les rapports de Mme de Singly et l'IGAS, les cadres de santé de pôle doivent maintenant avoir fait un cursus universitaire pour l'obtention du titre de master complet afin de légitimer leur fonction d'encadrement supérieur.

Deuxièmement, par l'expérience : les stages en milieu professionnel permettent d'acquérir des compétences spécialisées. Il s'agit de mettre en pratique tous les enseignements théoriques qu'on a pu recevoir.

.

Troisièmement, la construction de ses réseaux : nous savons l'importance des réseaux dans la fonction de cadre de santé de pôle. Des « Rencontres des cadres de santé du Grand Sud-Ouest » ou des « Rencontres des cadres de santé du Grand Nord » sont des moments d'apprentissage, d'accès à certaines informations dont on peut en avoir besoin dans la mise en pratique de ses fonctions au quotidien. Ce sont des moments de partage d'expérience que tout cadre de santé en général doit rechercher.

Pour conclure, nous dirons que la compétence n'est pas seulement une somme de connaissances mais elle est aussi la façon dont on traite une information reçue, un savoir-faire. Nous rappelons ici que la compétence peut être personnelle, transversale ou technique au sein d'une organisation. Son acquisition peut se faire de plusieurs manières.

Nous allons traiter maintenant de sens. Comment donner du sens au travail à son équipe pour assurer leur fidélisation tout en créant des conditions de la motivation ?

III.9. Donner du sens : un gage d'engagement assuré

Dans l'institution hospitalière, on rencontre des phénomènes de « burn-out », de l'absentéisme récurrent, programmé ou non qui n'est plus remplacé, entraînant ainsi une démotivation des équipes. Cette situation impacte également l'encadrement qui lui-même connait les mêmes difficultés, dans un contexte d'injonctions très souvent paradoxales de la Direction.

Comment donner du sens ? Voici une définition qui nous parait assez complet : « Pour que le travail ait un sens, il doit procurer de la satisfaction à la personne qui l'effectue, correspondre à ses intérêts, faire appel à ses compétences, stimuler le développement de son potentiel et permettre d'atteindre ses objectifs »[47].

47 Management-entreprendre.fr, 2015

En effet, dans la vie quotidienne, le sens du travail est intimement lié aux tâches et aux activités qui s'inscrivent dans un rôle ou dans une fonction. Ce sens au travail dépend des relations qu'une personne peut ou doit tisser et entretenir avec son environnement professionnel. La notion de sens dans le travail dépend aussi de la personne qui exerce ce travail et comment il le considère. Plus il se sentira bien dans son travail, mieux il aura un comportement positif dans son environnement professionnel. Le comportement positif se manifestera d'autant plus que les conditions de travail et la prise en compte de la situation familiale seront favorisées et encouragées.

Donner du sens, c'est rechercher les situations qui peuvent susciter de la motivation au sein d'une équipe. D'après les travaux de Herzberg (Alain, 2009) « la motivation au travail est liée à deux facteurs, la satisfaction et l'insatisfaction qui agissent de manière indépendante l'une de l'autre ». En effet, selon la théorie de deux facteurs de Herzberg, la motivation et la démotivation sont deux concepts qui évoluent parallèlement, l'un n'allant pas sans l'autre. Pour motiver, Herzberg propose de donner aux personnes un travail qui puisse faire qu'elles se réalisent ; un travail qui « offre une expérience enrichissante » et qui laisse les personnes autonomes et responsables.

Nous retiendrons de la définition donnée par Management-entreprise.fr, (2015) : « Pour que le travail ait un sens, il doit procurer de la satisfaction à la personne qui l'effectue… ». Nous la compléterons avec l'approche de la théorie des deux facteurs de Herzberg.

Donner du sens au travail des soignants c'est aussi donner du sens à leurs valeurs et surtout les respecter.

D'un point de vue étymologique, la valeur veut dire « qualités ou mérite » (Venault, 2003). « En donnant un sens à nos actions, elles permettent à l'individu de se fixer un cadre de référence, qui le guide et le satisfait, en rendant acceptables certaines contraintes auxquelles il est confronté » (Venault, 2003).

.

C’est de cette manière qu’on pourra susciter son adhésion, son engagement aux tâches qui lui sont confiées, au travail à exécuter et susciter la dynamique de l’équipe. Herzberg dans ses travaux sur la motivation (cité par Dauphin, 2011) a parlé des tâches enrichissantes au travail.

Il a identifié l’ensemble les facteurs de satisfaction et d’insatisfaction au travail qu’il a regroupé en facteurs d’ambiance et d’hygiène (facteurs environnementaux) et en facteurs intrinsèques à savoir le besoin de s’accomplir et le besoin de responsabilité au sein de l’organisation, auxquels il faut ajouter le besoin de progression et de promotion qui sont des principaux facteurs de motivation.

En un mot, donner du sens au travail, c’est trouver une justification, un épanouissement dans son activité professionnelle afin de contribuer à la performance de l’entreprise et parallèlement favoriser le bien être des professionnels. C’est dans la concertation entre le manager et son équipe sur des sujets de grande importance qui mettent en jeu la conciliation vie-privée et vie-professionnelle qu’une décision peut être construite.

Il s’agit de trouver les moyens de de prendre en compte la fatigue qui peut-être générée par le travail. C’est aussi trouver des articulations entre les temps sociaux. C’est-à-dire que le manager doit être conscient de l’importance d’articuler le temps de travail et le temps personnel de ses agents.

Le manager, quand c’est possible, doit aménager le temps de travail pour certaines catégories de personnel, comme les mères de familles d’enfants en bas âge. L’hôpital doit également aménager les crèches pouvant accueillir des enfants des personnels. Par ailleurs, le manager doit respecter les journées de repos, des congés de ses agents. Il faut éviter de les rappeler sur leur temps de repos pour répondre à l’absentéisme récurrent. C’est souvent le cas à l’hôpital.

Il faut promouvoir la concertation au sein de l’équipe pour susciter l’adhésion aux décisions importantes.

C’est par exemple lors des changements d’organisation ou de renouvellement de plateau technique et/ou d’achats de gros matériels que la décision aura la faveur de la majorité des personnels si elle est construite dans la concertation. La concertation implique le consensus à travers des décisions voire des négociations au sein du groupe.

.

Il s'agit de responsabiliser l'ensemble de l'équipe. Les individus doivent se sentir valorisés, entendus et que leurs points de vue soient pris en considération. C'est ce qu'on apprend en lisant la théorie des besoins de Maslow. Il est question ici des « besoins d'estime qui correspondent aux besoins de considération, de réputation, de reconnaissance ou de gloire… de ce qu'on est par les autres ou par un groupe d'appartenance.

La mesure de l'estime peut aussi être liée aux gratifications accordées à la personne »[48] C'est aussi cela qui permette de donner du sens au travail lorsqu'on se sent considéré, appartenir à collectif qui vous accorde attention et bienveillance.

Figure 3 : la pyramide des besoins de Maslow (Granger, 2019)

Copyright www.manager-go.com

Besoins physiologiques : dormir, se nourrir, boire, s'habiller... Bref : les besoins primaires biologiques et physiques

Besoins de sécurité : éléments de stabilité, de protection

Besoins d'appartenance : intégration dans un groupe, statut social

48 https://www.editions-tissot.fr/actualite/sante-securite/quels-sont-les-leviers-de-la-motivation...

.

Besoins d'estime : être reconnu, être aimé, être accepté par les autres

Besoins d'accomplissement de soi : se réaliser, s'épanouir, se développer personnellement (avec la méditation par exemple)

Les besoins d'estime et les besoins d'accomplissement de soi de la pyramide de Maslow sont deux éléments importants de la motivation. Ils peuvent servir de trait d'union entre les concepts de Maslow et la théorie de Herzberg.

Le schéma ci-dessous représente l'ensemble des facteurs, selon Herzberg, qui varie dans le temps en fonction des réalités professionnelles. D'un côté on a des indicateurs, lorsqu'ils sont dans le vert, témoignent de l'amélioration des conditions de travail et de reconnaissance qui constituent les facteurs de motivation. Les mêmes indicateurs, lorsqu'ils virent au rouge, les conditions de travail et de reconnaissance deviennent défavorables.

Elles ne peuvent pas ou prou permettre l'expression de la motivation. Ils peuvent être considérés comme des facteurs nuisibles à la motivation. Les facteurs d'hygiène prédominent, c'est l'insatisfaction.

.

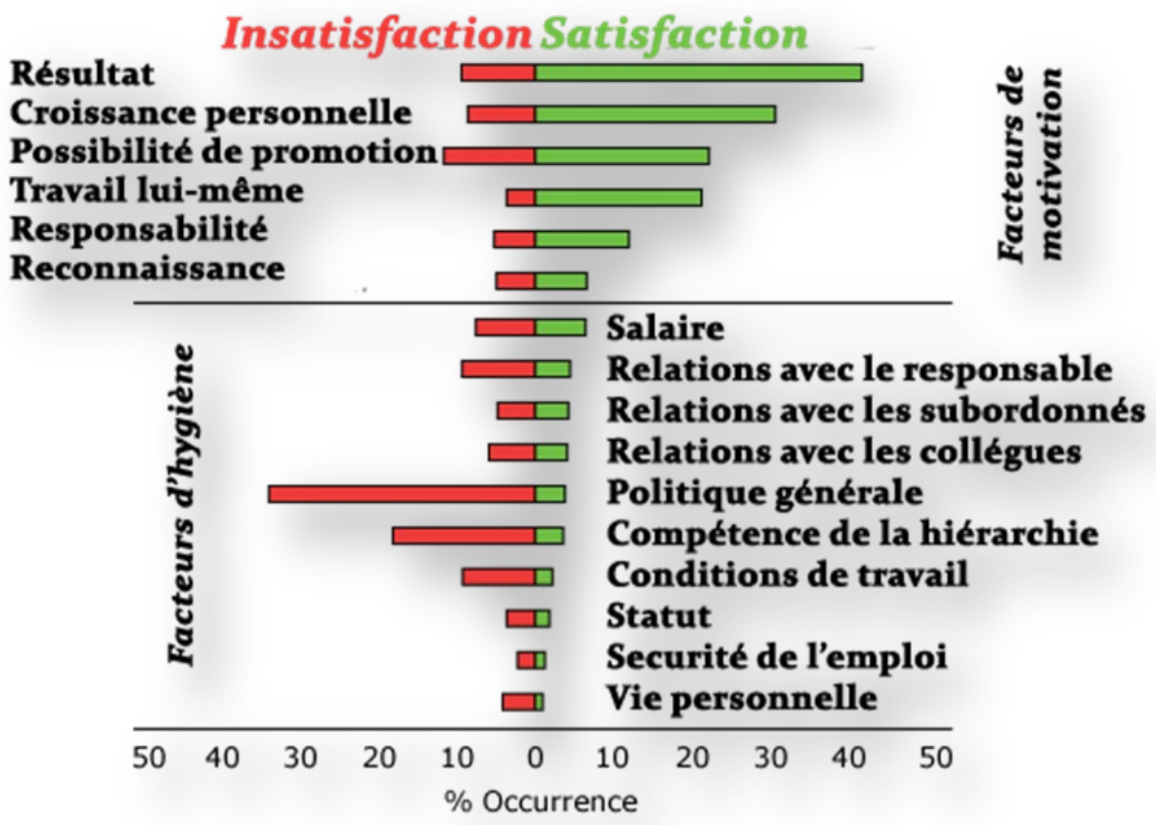


Figure 4 : les facteurs influant sur le comportement au travail d'après Herzberg

« Les facteurs de satisfaction au travail ne sont pas les mêmes que les facteurs d'insatisfaction ou de mécontentement[50] ». Herzberg considère que « les deux facteurs agissent » de manière « indépendante ». Il considère que « le contraire de satisfaction n'est pas l'insatisfaction mais l'absence de satisfaction ».

De la même façon « le contraire de l'insatisfaction est l'absence de d'insatisfaction ». Ces facteurs (d'hygiène et de motivation) déterminent le comportement du travailleur. Les facteurs d'insatisfaction sont liés aux conditions de travail : les amplitudes horaires, l'absence de prise en compte de la conciliation vie professionnelle et vie personnelle….

49 E.20-bal.com. Les besoins intrinsèques ou d'hygiène – Partie I : Apparition de l'école des relations humaines
50 Antonin Gaunand-La théorie d'Herzberg sur la motivation au travail.

Les conditions de travail doivent atteindre un niveau minimal de base pour être considérées comme acceptables.

Il s'agit, entre autres, de la politique salariale, le système de supervision... Les facteurs de satisfaction sont intimement liés à l'épanouissement de la personne au travail pour favoriser la réalisation de soi. C'est avoir une délégation de certaines tâches, des responsabilités de la part de sa hiérarchie,... En somme, tous les éléments que l'on retrouve dans la figure ci-dessus doivent contribuer à la formule de la motivation de Herzberg selon laquelle la motivation est égale à l'absence d'insatisfaction plus la satisfaction (motivation = absence d'insatisfaction + satisfaction). Si M est la motivation, AIS l'absence d'insatisfaction et S la satisfaction, la formule devient M = AIS + S. Pour atteindre la plénitude de satisfaction, il faudrait que AIS soit égale à zéro ou bien qu'elle soit inférieure à S (AIS < S). On aura alors une situation de satisfaction meilleure (AIS<S) mais pas déterminante car il reste encore des traces d'AIS. Le contraire est aussi valable, mais avec des conséquences différentes. C'est-à-dire si S est égale à zéro, inexistant, on aura alors une situation forte d'absence d'insatisfaction qui ne voudra pas dire l'atteinte de satisfaction. Et si S < AIS, alors <on aura l'absence d'insatisfaction plus prononcée qui sera quelque peu atténuée par les traces de satisfaction, ce qui donnera finalement une configuration à peu près acceptable du point de vue motivationnel. L'absence d'insatisfaction n'est pas la satisfaction. L'absence d'insatisfaction nous est égale dans la relation qui lie la satisfaction à la motivation Cela veut dire qu'il n'y a aucun facteur qui vienne perturber la situation de travail pour susciter la démotivation.

Au final, dans cette formule de Herzberg, pour être à un haut niveau de la motivation, il faudrait que la valeur absolue de l'absence d'insatisfaction dans l'équation soit nulle. Autrement dit, il y a motivation lorsqu'il y a plénitude de satisfaction au travail. Pour nous, l'absence d'insatisfaction n'est qu'un perturbateur de la satisfaction. Sa présence ne modifie pas réellement la satisfaction.

Cette conclusion s'oppose à celle de Herzberg du point de vue mathématique qui dit que pour avoir la motivation, les deux facteurs, l'absence d'insatisfaction et la satisfaction, doivent exister tous les deux, l'un n'allant pas sans l'autre.

.

C'est oublier que les deux variables de l'équation ne sont pas figées car elles évoluent en fonction du temps et de l'environnement du travail. Nous serons plutôt tentés de dire que la motivation est égale à l'absence des facteurs environnementaux, sociaux et humains qui contribuent à l'insatisfaction au travail associés à la satisfaction. Les facteurs environnementaux représentent, par exemple, l'ergonomie du travail, la charge du travail...

Les facteurs sociaux représentent la conciliation vie professionnelle et vie personnelle et/ou l'absence de responsabilité et/ou le manque de promotion des personnels... Quant aux facteurs humains, ils regroupent, entre autres, toutes les formes d'absentéisme programmé et non programmé qui alourdissent les activités des personnels présents et qui génèrent le burn-out. Cette clarification nous permet de visiter en profondeur la formule de Herzberg.

Nos équipes ont besoin qu'on leur donne du sens dans le travail. En donnant du sens, on les amène à être consciencieux, engagés dans l'atteinte des objectifs des différents projets du service. Un professionnel qui est « bien dans sa tête et dans son corps adopte une attitude favorable à l'essor de l'entreprise. Elle arrive à l'heure, communique avec ses collègues et n'hésite pas à apporter son aide, fait attention à commettre un minimum d'erreurs pour répondre favorablement aux exigences de son manager »[51]. C'est créer un environnement professionnel harmonieux, de confiance dans lequel la communication doit être au centre des préoccupations du manager.

D'une manière générale, le cadre théorique de la nouvelle gouvernance répond à la théorie des organisations et à l'isomorphisme institutionnel (Dimaggio et Powell, 1991). C'est une « approche institutionnelle » qui « semble offrir un cadre conceptuel pour étudier les changements organisationnels » (Pigneur, 2011). Elle met en évidence qu'une institution est contrainte par son environnement socio-économique et politique qui est le socle même de sa pérennité et de sa légitimité.

51 Comment donner du sens au travail et motiver son équipe ?

L'institution se définit comme « un ensemble des règles durables, stables, abstraites et impersonnelles, cristallisées dans des lois, des traditions ou des coutumes, et encastrées dans des dispositifs qui implantent et mettent en œuvre, par le consentement et/ou la contrainte, des modes d'organisations des transactions » (Menard, 2003). Menard nous dit par ailleurs que « cette définition implique un certain nombre de points. « Le premier est que stabilités et durabilité sont essentielle à l'identification et la caractérisation des règles du jeu qui « signent » une institution ». Le deuxième élément à prendre en compte est que « ces règles du jeu sont abstraites et impersonnelles au sens où elles transcendent non seulement les individus, mais aussi les organisations ». L'hôpital en est un exemple.

Le contexte est une forte institutionnalisation de pratiques dans lesquelles les acteurs sont obligés d'accepter les règles et de se conformer aux normes sans pour autant les compromettre.

« Cette théorie semble bien se prêter à l'étude des influences internes et externes subies par les organisations impliquées dans des initiatives de changement, notamment technologique » (Pigneur, 2011).

Tout part du questionnement fondamental de DiMaggio et Powell « : pourquoi les organisations deviennent similaires ? » « DiMaggio et Powell reconnaissent à l'instar de Weber que la bureaucratisation représente un vecteur important de l'homogénéisation des entreprises et des États.

Ils suggèrent néanmoins que les causes de rationalisation ont changé et sont moins le fait de la concurrence et de la recherche d'efficacité que des facteurs de nature institutionnelle » (Huault, 2012).

La création des pôles implique un isomorphisme normatif et coercitif en organisant des similarités organisationnelles et l'homogénéisation structurelle. « DiMaggio et Powell soutiennent que le concept le plus adapté à la description de la dynamique d'homogénéisation est celui d'isomorphisme. D'après le Larousse, l'isomorphisme veut dire « les caractères des corps qui affectent la même forme ».

.

L'isomorphisme coercitif « permet en effet d'identifier le processus qui conduit l'unité d'une population à ressembler aux autres unités affrontant les mêmes conditions environnementales », celles qui affectent l'homogénéisation. C'est pour cela que nous pouvons affirmer que l'homogénéisation trouve son origine bien souvent des pressions institutionnelles, organisationnelles, résultant d'une décision de la hiérarchie ou d'une disposition règlementaire et législative.

« L'isomorphisme coercitif est le résultat de pressions tout autant formelles qu'informelles exercées par les organisations appartenant à un champ ; il est également issu des attentes culturelles d'une société » (Huault, 2012). Les nouvelles règles, qu'elles soient politiques ou législatives, peuvent entraîner des changements organisationnels dans un sens comme dans l'autre.

Le principe même des pôles répond aux obligations de l'ordonnance de 2005 sur la gouvernance, la contractualisation et constitue de ce fait l'isomorphisme normatif. La norme qu'il faut respecter. L'isomorphisme normatif se distingue de l'isomorphisme coercitif par l'importance qu'il accorde à la professionnalisation. La professionnalisation est considérée ici comme un ensemble d'efforts consentis par les membres d'une profession dont le but est de définir des méthodes de travail, des conditions de leur exécution et le périmètre d'action pouvant leur garantir l'autonomie, la légitimité professionnelle.

Les principes d'évaluation, la mise en place des référentiels de bonnes pratiques ou encore des outils de certifications et de labellisation font partie des normes qui seront adoptées par des organisations.

Par ailleurs, les pressions institutionnelles qui conduisent à l'alignement des organisations hospitalières ainsi que les adaptations nécessaires des uns par rapport aux autres font recourir à un isomorphisme mimétique. Le concept d'isomorphisme mimétique « représente non seulement un puissant moyen de coordination » mais aussi « un mécanisme de normalisation des comportements » (Huault, 2012).

.

Il conduit à la conformité et à l'imitation des uns par les autres et offre la possibilité aux managers de recourir au benchmarking qui consiste à comparer le fonctionnement des organisations, à échanger sur des expériences et des pratiques et à appliquer les outils issus de ces échanges. « En phase de développement et de maturité, la structuration des champs organisationnels est profondément modelée, médiatisée, canalisée par les arrangements institutionnels qui entretiennent une tendance inexorable à la similarité » (Ibid). D'ailleurs, nous pouvons observer au sein des Centres Hospitaliers Universitaires, des Centres Hospitaliers généraux, la mise en place des principes d'homogénéisation et de normalisation au regard de la législation dans un mimétisme qui impose l'uniformisation. Tous les hôpitaux sont organisés en pôles d'activité avec des structures ayant des compositions et des organigrammes similaires.

Pourquoi nous intéressons-nous à ce concept d'isomorphisme ? C'est pour mieux comprendre, non seulement l'environnement dans lequel le cadre de santé de pôle évolue, mais aussi les relations qui existent entre les différents acteurs dont il fait partie et l'institution, ainsi que les processus institutionnels qui définissent leur fonctionnement et leur mode d'action.

Nous venons de montrer que dans la nouvelle gouvernance de l'hôpital, l'isomorphisme occupe une place importante tant dans l'organisation que dans le management des pôles d'activités sous ses principales formes coercitives, normatives et mimétiques. Les changements institutionnels liés à cette réforme de la gouvernance doivent impérativement intégrer à la fois une dimension politique et stratégique.

Le cadre de santé de pôle s'inscrira dans cette double dimension, avec une acuité particulière pour la dimension stratégique qui représente une des parties importantes de son travail institutionnel, de sa contribution institutionnelle. A cet effet, Ben Slimane et Leca (2010) affirmaient déjà que « le travail institutionnel nécessaire n'est pas mené par un seul mais par de multiples acteurs, dans un effort collaboratif, soit tous à égalité, soit certains soutenant l'initiative des autres ».

.

Après avoir abordé cette approche théorique des organisations de façon globale au niveau méso, nous allons maintenant nous intéresser du niveau micro qui concerne notre recherche. Le microsystème est le système le plus proche du méso-système. Il nous a semblé utile de le présenter afin de comprendre les tenants et les aboutissants avant de passer au niveau micro.

« Le niveau micro de la nouvelle gouvernance concerne surtout la gestion opérationnelle quotidienne des services et des employés » (Marchesnay et Morvan, 1979). « Il est composé des modèles d'activités, des rôles et des rapports interpersonnels expérimentés par un sujet au cours de l'évolution, dans un milieu donné, avec caractéristiques physiques et matérielles, et comprenant d'autres personnes avec leur propre tempérament, personnalité et système de croyance » (Bronfenbrenner, 2005[52]). Bronfenbrenner définit la notion de rôle comme « un ensemble d'activité et de relations d'une personne qui occupe une position particulière dans la société et aux travers ses autres relations (théorie écologique de Bronfenbrenner, 2018).

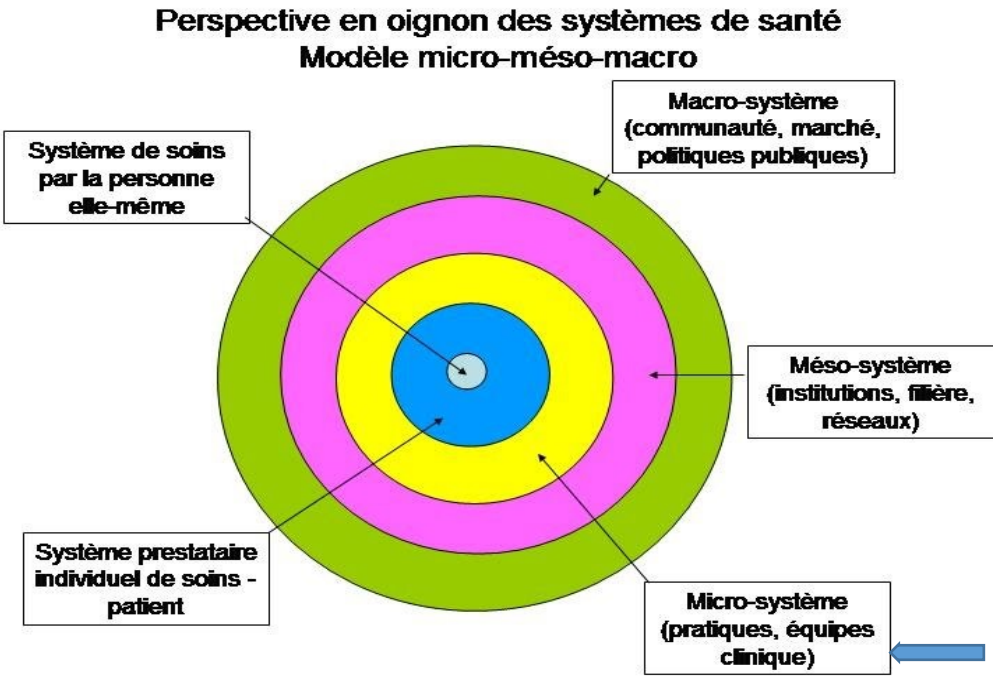


Figure 5 : représentation en oignon du modèle micro-meso-macro

(Marchesnayet Morvan 1979)

52 Théorie écologique de Bronfenbrenner, 25/08/2018

L’objectif ici est d’étudier et d’analyser le comportement des cadres de santé de pôles dans les interactions, y compris des injonctions paradoxales, qu’ils peuvent avoir avec leur environnement professionnel dans leurs missions quotidiennes.

.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Le premier chapitre est consacré à l'évolution du système de santé français en général et de l'hôpital public en particulier. Il met en évidence toute la construction de l'hôpital au cours des âges, depuis sa forme « archaïque », celle de la prise en charge des indigents jusqu'à sa modernisation avec la réforme Debré (Debrosse, 2010). Plus tard, c'est le « Plan Hôpital 2007 », en instaurant les pôles d'activité, qui mettra les cadres de santé au centre de l'organisation et la gestion des pôles.

Cependant, c'est la loi HPST qui va amplifier la modernisation l'hôpital par le renforcement du rôle du directeur, accorder une place importante aux instances et aux représentants des usagers en son sein.

Dans le deuxième chapitre, nous avons dégagé les principales raisons qui ont motivé notre choix du sujet de recherche. Partant des deux rapports de Madame De Singly et l'IGAS qui ont fait le constat d'une absence de formation pour les cadres hospitaliers, il a été relevé le besoin de donner aux cadres de santé de pôles des compétences spécifiques pour les différencier des cadres de santé de proximité. Nous avons aussi rappelé la formation de base du cadre de santé.

Le troisième chapitre a été consacré au cadre théorique et conceptuel. Il nous a donné un éclairage sur les concepts utilisés, à savoir la stratégie managériale, l'expertise soignante, la vision prospective et aussi la théorie de Leadership ainsi que l'évolution du management de demain. Ce chapitre nous a permis de convoquer plusieurs auteurs qui ont déjà travaillé sur ces concepts. Nous allons passer directement à la deuxième partie de cette recherche.

.

DEUXIÈME PARTIE : DÉMARCHE DE LA RECHERCHE

INTRODUCTION DE LA DEUXIÈME PARTIE 123

CHAPITRE IV : PROBLÉMATIQUE - QUESTIONS – MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 125

IV.1. Problématique et questions de recherche 126

IV.2. Méthodologie de la recherche 129

IV.2.1. Positionnement épistémologique 129

IV.2.2. Méthodologie de la prospective des métiers 132

IV.2.2.1. Choix de l'échantillon et l'outil de l'enquête 143

IV.2.2.2. Echantillon 143

IV.2.2.3. Données sociologiques 143

IV.2.2.3. Grille de l'entretien semi-directif 143

CHAPITRE V : RÉSULTATS ET DISCUSSIONS 149

V.1. RÉSULTATS 150

V.1.1. Résultats et analyse de l'approche qualitative 150

V.1.1.1. La méthodologie de la recherche au logiciel Iq3 150

V.1.1.1.1. Le profil des répondants 150

V.1.1.1.2. La volumétrie et la part de chaque question dans les entretiens 151

V.1.1.1.3. Les principales mutations inters et externes : nuage et orientation 153

V.1.1.1.4. Les principales mutations internes et externes :
classification verbatims 154
V.1.1.1.5. Le périmètre d'action : nuage et orientation 155
V.1.1.1.6. Le périmètre d'action : classification et verbatims 156
V.1.1.1.7. La vision de la transversalité : nuage et orientation 157
V.1.1.1.8. La vision de la transversalité : classification et verbatims 158
V.1.1.1.9. Le degré d'implication dans les actions quotidiennes :
nuage et orientation 159
V.1.1.1.10. Le degré d'implication dans les actions quotidiennes :
classification et verbatims 160
V.1.1.1.11. L'adhésion des équipes aux actions et projets : nuage et orientation 161
V.1.1.1.12. L'adhésion des équipes aux actions et projets :
classification et verbatims 162
V.1.1.1.13. Le cadre de santé de demain : nuage et orientation 163
V.1.1.1.14. Le cadre de santé de demain : classification et verbatims 164
V.1.2. Résultats et analyse manuelle complémentaires de contenu 165
V.1.2.1. Le contexte de mutations internes et externes 165
V.1.2.1.1. Les restructurations 165
V.1.2.1.2. La crise sanitaire 167
V.1.2.2. La stratégie managériale et expertise soignante 170
V.1.2.2.1. Le périmètre d'action 170
V.1.2.2.2. L'expérience 171

V.1.2.3. La compétence 174

V.1.2.3.1. La transversalité 174

V.1.2.3.2. La formation 175

V.1.2.4. La motivation 176

V.1.2.4.1. L'implication des cadres de santé de pôle 176

V.1.2.4.2. Les freins 178

V.1.2.5. Donner du sens 180

V.1.2.5.1. Communiquer et expliquer 180

V.1.2.5.2. Les réunions de services 181

V.1.2.6. L'avenir du cadre de santé de pôle 181

V.1.2.6.1. Les filières de soins 181

V.1.2.6.2 Les parcours de soins 183

V.1.3. Résultats et analyse de l'approche quantitative 184

V.1.3.1. Statistiques des visites 184

V.1.3.2. Histoire des visites 184

V.1.4. Résultats du focus groupe 285

V.2. DISCUSSIONS 289

V.2.1. Discussion sur la tension entre stratégie managériale et expertise soignante 289

V.2.2. Discussion sur les mutations internes et externes 290

V.2.3. Discussion sur la stratégie managériale et expertise soignante 293

.

V.2.4. Discussion sur les compétences du cadre de santé de pôle 294

V.2.5. Discussion sur les éléments de motivation 295

V.2.6. Discussion sur « Donner du sens » pour l'adhésion des équipes aux actions et projets 296

V.2.7. Discussion sur l'avenir du cadre de santé de pôle 297

V.2.8. Discussion sur le focus groupe 298

CHAPITRE VI : APPORTS, LIMITES ET PERSPECTIVES DE LA RECHERCHE 300

VI.1. Apports et limites de la méthodologie de la recherche 301

VI.2. Apports managériaux du travail de recherche 302

VI.2.1. Apports de la recherche à l'attention des cadres de santé de pôles 304

VI.2.2. Apports de la recherche à l'attention des cadres de santé et du personnel médical 304

VI.2.3. Apports de la recherche sur la consolidation des rapports hôpital-extérieur 305

.VI.2.4. Apports de la recherche à l'attention de la direction des soins 305

VI.2.5. Apports de la recherche à l'attention des Directeurs généraux et des Directeurs délégués 305

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE 308

.

INTRODUCTION DE LA DEUXIÈME PARTIE

Dans cette deuxième partie, le chapitre quatre traite de la problématique et de ses questions de recherche ainsi que la méthodologie de la recherche.

La méthodologie choisie pour ce travail de recherche est la prospective des métiers qui utilise les entretiens semi-directifs pour la récolte des données. Après cette récolte de données, s'en suit la phase de retranscription. Elle a permis de mettre en exergue tous les discours des personnes interrogées que nous allons pouvoir soumettre aux différentes procédures d'analyses à partir d'un outil informatique mais aussi manuellement. C'est une étape chronophage, laborieuse et sérieuse. À la suite de cette étape d'analyses, nous avons jugé inintéressant de compléter cette étude par une approche quantitative afin de croiser les résultats.

Cette méthodologie s'achève avec la construction des « dires » des acteurs-experts et la détermination des scénarios.

Le cinquième chapitre s'organise autour des résultats et discussions. Et au final, le chapitre six va déterminer tous les apports, les limites, les perspectives de la recherche.

.

CHAPITRE IV : PROBLÉMATIQUE - QUESTIONS – MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

.

IV.1. Problématique et questions de recherche

Dans les pages qui vont suivre nous allons montrer de quelle manière nous avons élaboré la problématique, la question principale ainsi que ses questions subsidiaires de recherche.

Le cadre de pôle est une personnalité clé dans le dispositif de la nouvelle gouvernance et de création des pôles d'activité. Il joue désormais des nouveaux rôles qui le mettent à la charnière des forces qui s'exercent sur l'hôpital, posant ainsi la problématique de ses compétences.

Du point de vue de la stratégie managériale, le cadre de pôle est appelé à participer à la mise en place des projets organisationnels, encadrer les cadres de proximité et organiser la gestion de ressources humaines (RH) et matérielles des différentes unités fonctionnelles, des différents pôles dont il a la charge. En un mot, il doit adapter les ressources aux besoins de l'organisation. Nous savons aujourd'hui que la gestion RH est une question épineuse au sein de l'organisation hospitalière tant le burn-out et l'absentéisme sont récurrents.

Dans le domaine de l'expertise, le cadre de pôle doit pouvoir montrer qu'il garde son expérience qu'il va devoir transmettre à son équipe. Aussi, il doit faire preuve de cette expérience dans l'organisation des soins : mettre l'agent qu'il faut à la place qu'il faut en tenant compte des compétences techniques. Il doit aussi gérer la disponibilité des lits pour une meilleure orientation des patients et parfois, dans une période de pénurie de personnel, faire à la place de l'agent.

En résumé, le cadre de santé de pôle doit prouver sa capacité à mobiliser les équipes de cadres de proximité, les équipes soignantes, à s'appliquer dans les actions transversales d'expertise en soins, dans l'évaluation, la certification, la gestion de la qualité et dans le management. Il assure la veille des équipes. Ainsi, il est à la croisée des chemins de responsabilités qu'il va devoir articuler les unes aux autres tant son périmètre d'action est important.

- *Les objectifs managériaux* :

D'une part, comprendre pourquoi et comment il existe une tension entre ces deux concepts qui sont la stratégie managériale et l'expertise soignante.

.

D'autre part, analyser tous les possibles environnementaux et organisationnels pour le cadre de santé de pôle.

L'ensemble de ces réflexions soulève *l*a question principale de recherche suivante :

quelles visions prospectives pour le cadre de santé de pôle de demain ?

Cette question principale de recherche nous amène à nous questionner sur les fonctions de cadre de santé de pôle dans les années à venir. C'est un questionnement qui est en rapport avec l'évolution possible des compétences du cadre de santé de pôle. Pouvons-nous penser à une recomposition ou à une transformation de la fonction de cadre de santé de pôle au sein de l'institution hospitalière ?

A la question principale de recherche s'ajoutent trois questions subsidiaires :

1. Comment le cadre de pôle peut-il acquérir les compétences nécessaires à une fonction pivot et à l'animation des actions transversales ?

Cette question subsidiaire pose la problématique de la formation ; une formation pour diffuser des connaissances et des expériences aux équipes. Néanmoins, au-delà de cet aspect, est-il possible de concevoir une formation au service de la transformation qui pourrait demain offrir d'autres opportunités au cadre de santé de pôle ?

2. Comment peut-il acquérir cette capacité de donner du sens et le porter à la compréhension de tous les acteurs ?

Donner du sens est un concept très important si on veut que les agents adhèrent aux actions et projets. Cela implique pour le cadre de santé de pôle des compétences dans le domaine de la communication d'aujourd'hui et de demain. La communication permet de mettre, à la disposition de son équipe, toutes les informations nécessaires, utiles et claires.

.

La communication joue aussi un rôle dans le renforcement de la culture du groupe et le partage de la vision de l'organisation.

3. Quelle articulation peut-il y avoir entre stratégie managériale et expertise soignante ?

La stratégie managériale et l'expertise soignante sont deux concepts très utiles dans les missions du cadre de santé de pôle. Ces deux concepts apparaissent complémentaires, mais à quelle conditions ?

Pour répondre à tous ces questionnements, nous utiliserons l'approche de la compétence de Michel Ledru (cités par Coulet, 2016) tout en recherchant comment le cadre de santé de pôle doit acquérir cette compétence. Les compétences du cadre de santé de pôle intègrent toutes les dimensions de la transversalité. Son rôle pivot doit consister à organiser, à mettre en synergie toutes les forces au service de l'organisation. Il doit également relever les faiblesses de ses équipes qu'il va transformer en forces pour renforcer les dynamiques et la performance de groupe. Pour cela, nous irons explorer du côté des modes d'acquisition théoriques et pratiques du management et de l'expertise. Nous compléterons cette étude par les travaux, entre autres, de Benner ou de Macquet et Fleurance.

Nous convoquerons également Herzberg (1923) pour ses travaux sur la motivation et la démotivation au travail. Cette étude va nous permettre de trouver les raisons qui participent à la justification du sens donné au travail et donc à l'équipe. Pour que le travailleur accomplisse sa tâche normalement, avec bienveillance, il faut que les conditions de celle-ci soient bonnes, respectant les équilibres entre la vie professionnelle et la vie personnelle et surtout qu'elles lui procurent de la satisfaction. Nous verrons sur le terrain si ces conditions sont effectives ou non et dans quelles circonstances nous pourrions les améliorer.

.

En évoquant notre sujet « Visions prospectives pour le cadre de santé de pôle entre stratégie managériale et expertise soignante », nous nous sommes rendu compte au fil de nos recherches documentaires qu'il revêt plusieurs dimensions. D'une part, une approche convergente entre les concepts fondamentaux qui fait qu'ils se complètent sur le plan cognitif. Autrement dit, une stratégie managériale favorisera et facilitera l'expression d'une expertise soignante rigoureuse, parce qu'elle va lui donner des orientations en termes d'objectifs en amont. D'autre part, il en ressort une forme de dichotomie dans les rôles qui se jouent entre la « stratégie managériale » et l'« expertise soignante », l'un privilégiant la réflexion et la décision (stratégie) tandis que l'autre fait de la pratique (expertise) sa raison d'existence. Le cadre de santé de pôle devra alors trouver des articulations nécessaires pour mettre en synergie ces deux concepts qui s'imposent à la transversalité.

La combinaison des concepts « stratégie managériale et expertise soignante » laisse entrevoir des champs réflexifs riches d'exploitation qui s'inscrivent dans une vision prospective.

Nous verrons que la « stratégie managériale et expertise soignante » dans la gestion des lits, le parcours de soins du patient (stratégies thérapeutiques), la gestion prévisionnelle des ressources matérielles, financières et humaines présentent une acuité particulière dans le rôle de trait d'union dont l'animation revient au cadre de santé de pôle.

IV.2. Méthodologie de la recherche

IV.2.1. Le positionnement épistémologique

L'épistémologie est un concept qui est apparu au début du 20ème siècle (Cherkaoui & Haouata (2017). Selon Piaget, (cité par Cherkaoui & Haouata, 2017), elle désigne l'étude de la construction des connaissances valables.

L'épistémologie est également définie comme l'étude de la validité scientifique des connaissances (Rasolofo-Distler, Zawadzki, 2011).

.

Elle « fait ainsi objet de connaissance de nos manières de connaître[53] ». « Elle permet de mettre en lumière la signification de l'œuvre scientifique » (Granger, 1992). « La tâche propre de l'épistémologie est donc herméneutique et historico-critique ; elle fait apparaître des organisations de concepts, qu'elles soient achevées ou imparfaites, des difficultés, ou obstacles, ou incohérences, des ouvertures, des points sensibles » (Granger, 1992) C'est une « partie de la philosophie qui a pour objet l'étude critique des postulats, conclusions et méthodes d'une science particulière, considérée du point de vue de son évolution, afin d'en déterminer l'origine logique, la valeur et la portée scientifique et philosophique » (CNRTL, 2012). D'un mot, « l'épistémologie vise à clarifier la conception de la connaissance sur laquelle un travail de recherche se fondera » (Cherkaoui & Haouata (2017). Selon les mêmes auteurs, Cherkaoui et Haouata, « il s'agit de répondre à trois questions essentielles, à savoir : quelle est la nature de la connaissance produite ? Comment la connaissance est-elle engendrée ? Quels sont la valeur et le statut de cette connaissance » ?

Il existe trois positionnements épistémologiques : le positivisme, constructivisme radical (ou pragmatique), et/ou l'interprétativisme.

Le positivisme ou empiristes logiques est un positionnement du cercle de Vienne (Dumez, 2010) qui défend l'idée selon laquelle « la conception scientifique du monde est empiriste et positiviste et seule la connaissance venue de l'expérience, qui repose sur ce qui est immédiatement donné » (Dumez, 2010).

Son principe est la systématisation d'un mode de penser dit positif, conforme aux règles de la méthode positive qui consiste à ne tenir une vérité pour certaine qu'après en avoir constaté les applications au domaine des faits (Halleux, 1984). Le positivisme trouve ses fondements dans les sciences exactes (Cherkaoui et Haouata, 2017). « Il n'existe qu'une réalité concrète, indépendante de toute opinion, qui attend d'être découverte et explorée » (D'Amboise, 1996 cité par Cherkaoui et Haouata).

Le positivisme relève des études quantitatives, statistiques. C'est pour cette raison que nous n'allons pas l'utiliser comme posture épistémologique.

53 Fourez, 2003, cité par Gardiès et al. 2018

Le deuxième concept est le constructivisme radical qui est pratiquement identique au concept interprétativiste. On parle du constructivisme lorsque « dans le sens technique visé, un fait est socialement construit si, et seulement si, il est nécessairement vrai qu'il n'aurait pu exister sans les actions contingentes d'un groupe social » (Boghossian, 2009 cité par Dumez, 2010). Dumez ajoute que « l'idée du constructivisme est que les faits étudiés sont construits par les interprétations du chercheur et des acteurs, et que d'autres chercheurs et d'autres acteurs auraient pu les construire différemment ». Autrement dit, « le constructivisme est un élément épistémologique fondamental en ce sens qu'il convient de construire son problème, de formuler en élaborant soigneusement, une question » (Dumez, 2010). On dit que « le constructivisme est une variante de l'interprétativisme au sens où l'analyse de la situation demande de faire une analyse appropriée et fine des connaissances et toutes les informations dont disposent les acteurs dans une situation donnée » (Ibid). Dans le constructivisme et dans l'interprétativisme, tout « ce qui est connaissable relève de l'expérience et du vécu de l'individu » (Cherkaoui et Haouata, 2017).

Pour Masciotra (2007) « le constructivisme est une théorie du connaître (actif) plus qu'une théorie de la connaissance (passif) parce que l'action est le moteur du développement cognitif ». De fait, « le constructivisme s'intéresse donc à la connaissance en action, à l'acte de connaître ». Rasolofo-Distler et Zawadzki (2011) nous apprennent que « l'approche constructiviste est basée sur la relativité, sur la notion de vérité ou de réel ».

Ils nous expliquent, par ailleurs, que « la réalité dont il est question ici est définie par la représentation de l'expérience du réel que s'en construit un sujet ». Ils ajoutent que « la position constructiviste rejette ainsi l'idée que « la réalité puisse posséder une existence autonome en dehors du chercheur ou de la communauté des chercheurs » et donc il se « fonde sur l'interaction sujet-objet ».

Si nous considérons que la posture épistémologique est le chemin que devra entreprendre un chercheur pour produire de la connaissance qui soit fiable et valide scientifiquement, alors notre posture ici est le constructiviste (et/ou interprétativiste).

.

Cette posture est d'autant plus applicable à notre travail de recherche puisque nous utilisons une méthodologie qualitative à partir des questions semi-directives par la méthode Prospective des Métiers. Comme dit Marie-France Legendre (2020), « l'épistémologie, par nature des problèmes qu'elle soulève repose sur l'analyse des critères scientifiques » et la méthode Prospective des Métiers répond à cette exigence. Non seulement elle s'attache à la rigueur de l'analyse qualitative, la posture constructiviste (et/ou interprétativiste) accorde aussi une grande importance dans les résultats qui doivent présenter un caractère scientifique incontestable.

Boyer et Scouarnec (2008) disaient que « d'un point de vue épistémologique, l'intérêt porté au temps et à l'espace, nous permet d'opter pour une posture constructiviste nous permettant d'explorer les possibles façonnages de compétences et de métiers de demain ».

IV.2.2. La méthodologie de la prospective des métiers

« La prospective, telle que la décrit Bertrand de Jouvenel dans *L'Art de la conjecture* (Editions du Rocher, Monaco, 1964, cité par Brabandère et Mikolajczak, 2008), repose sur « une conception dynamique de l'avenir basée sur trois principes :

- l'avenir est domaine de liberté ; il n'est pas prédéterminé, il n'est pas déjà fait ; il est au contraire largement indéterminé et ouvert à plusieurs futurs possibles, les « futuribles » ;
- l'avenir est domaine de pouvoir ; on peut agir sur l'avenir, soit en se préparant à un changement anticipé (pré-activité) plutôt que d'attendre le changement pour réagir, soit en agissant pour provoquer un changement souhaitable (pro-activité) ;
- l'avenir est domaine de volonté ; lieu de concrétisation de nos projets, il est avant tout « une chose à faire », à réaliser en fonction de l'avenir que nous désirons ».

« Alors que l'avenir est pour l'homme, en tant que sujet connaissant, domaine d'incertitude, il est pour l'homme, en tant que sujet agissant, domaine de liberté et de puissance » (Brabandère et Mikolajeczak, 2008).

.

« Le modèle des compétences dans l'approche de la prospective des métiers se situe bien souvent dans le champ de la GRH (Gestion des Ressources Humaines) pour s'intéresser aux compétences individuelles et collectives. La compétence individuelle s'exprime plutôt dans la mise en acte qui répond au principe d'action et consubstantielle d'une finalité » (Mérindol et al. 2009).

« L'approche de Prospective Métier est attribuée à celui de la gestion anticipée des emplois, des métiers et des compétences. Elle s'intéresse à la fois à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences comme du management stratégique dans les entreprises » (Montil, 2002).

Du point de vue historique (Rémy et Pichault, 2011), « la prospective appliquée aux organisations semble être apparue au début du 20ème siècle ». « Elle a été introduite en France à la fin des années cinquante par Gaston Berger (1896-1960), philosophe et fondateur de la prospective[54] ».

« Selon Berger, la prospective est d'abord une attitude avant d'être une méthode ou une discipline. Cette attitude prospective repose sur cinq principes : voir loin, voir large, analyser en profondeur, prendre des risques, penser à l'homme » (Berger, 1964, p.271-275, cité par Rémy et Pichault, 2011). La prospective permet de « connaître les faits de l'avenir » (Boyer et Scouarnec, 2008).

54 https://www.cairn.informations sociales, 2005

La méthode prospective a favorisé la naissance d'une méthode spécifique appelée « prospective métier » qui semble aujourd'hui capable de gestion des ressources humaines innovante (Rémy et Pichault, 2011). « Contrairement à la GPEC[55] où l'avenir semble s'imposer aux acteurs, la prospective repose sur la coconstruction et l'imagination des avenirs possibles, environnementaux et organisationnels » (Scouarnec, 2002, citée par Mérindol et al. 2009).

Cependant, du point de vue philosophique, « l'approche prospective se caractérise donc par sa dimension exploratoire (que peut-il se passer ?), son refus de la fatalité et des déterminismes (le futur est ouvert), sa conviction en l'existence d'une pluralité d'avenirs possibles, son volontarisme (que peut-on faire ?). Posée en ces termes, la prospective s'ancre dans la tradition philosophique occidentale, rejoignant d'une certaine manière les quatre interrogations philosophiques fondamentales telles que les formule Emmanuel Kant dans l'introduction de sa *Logique :* que puis-je savoir, notamment de ce de quoi sera fait demain ? Que dois-je faire, notamment pour changer les choses dans le sens que je désire ? Qu'est-il permis d'espérer, non seulement pour mon propre avenir mais aussi pour le monde futur ? Qu'est-ce que l'homme, sa place, son pouvoir réel dans le cadre du changement tant personnel que collectif ? » (Brabandère et Mikolajeczak, 2008).

Selon Aline Scouarnec dans « Plaidoyer pour un « renouveau » de la prospective » (2008), « la prospective apparaît comme l'élaboration d'une réflexion sur les avenirs possibles et reposant sur une méthodologie appropriée. L'apport de la prospective est de proposer une analyse en termes de rupture.

« La méthode de la prospective se distingue par l'objectivation des scénarios qui représentent « un outil » qui permet de « multiplier les regards sur les futurs possibles et un outil de changer les perceptions des choses, élargir et varier notre vision du monde » (Brabandère et Mikolajeczak, 2008).

55 Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

.

Selon Brabandère et Mikolajeczak, « le mot scénario qui est apparu à la fin du XIXe siècle pour décrire la trame d'une œuvre théâtrale garde donc l'essentiel de sa signification. C'est un synopsis, une séquence d'événements qui s'enchaînent dans une logique de l'imagination ». Autrement dit, « un moyen de représenter la réalité future en vue d'éclairer l'action présente, à la lumière des futures possibles et souhaitables » (Michel Godet cité par Brabandère et Mikolajczak).

Le scénario aide à l'identification des futurs possibles. D'après les mêmes auteurs, le scénario est «constitué de trois éléments :

- la base qui n'est rien d'autre que la représentation que l'on se fait de la réalité actuelle, le système d'interactions à partir duquel le scénario va se développer ;
- le cheminement des évènements sur l'échelle du temps, qui vont permettre de passer de la situation d'aujourd'hui à la situation future ;
- la description concrète et imagée d'une situation future, à différentes périodes et à l'horizon de l'étude (image finale) ».

Les auteurs apportent « la précision qu'il est généralement distingué deux types de scénarios :

- les scénarios exploratoires qui cherchent à définir les évolutions possibles à partir de la situation présente. Le point de vue adopté est celui du sujet connaissant.
- les scénarios normatifs que l'on peut également qualifier de stratégiques, qui dégagent les différentes façons d'arriver de la situation présente à un point donné.

Le point de vue adopté est celui du sujet agissant en vue du futur désiré. Dans la démarche habituelle, on retrouve les deux concepts : les scénarios exploratoires qui permettent de « déchiffrer ce qui peut advenir et les scénarios normatifs pour balayer ce que l'on peut faire.

« De nombreux auteurs insistent aussi sur la différence entre les scénarios tendanciels, dits « sans surprise », et les scénarios contrastés dits de rupture.

.

Les premiers postulent la poursuite des tendances actuelles repérables et entendent rendre compte de processus d'évolution significatifs pour l'avenir » (Brabandère et Mikolajczak).

Le tableau ci-dessous apporte la distinction entre scénarios exploratoires et scénarios d'anticipation.

Tableau 6 : quatre types de scénarios d'après Julien (Lamonde et Latouche 1975)

	Type de scénarios	But du scénario	Prémisse du scénario	Cheminement utilisé
Scénario exploratoire	Scénario tendanciel	Cherche à identifier un futur possible	Assume la permanence et la prédominance des tendances lourdes	Examine la continuation de ces tendances dans l'avenir
	Scénario d'encadrement	Veut délimiter l'espace des futurs possibles	Assume la permanence et la prédominance des tendances lourdes (privilégiées)	Fait varier de façon extrême les hypothèses concernant l'évolution de ces tendances
Scénario	Scénario normatif	Cherche à produire une image d'un futur possible et souhaitable	Assume que l'on peut déterminer tout d'abord un objectifs à réaliser	Fait la synthèse de ces objectifs et relie cette image du futur au présent par un cheminement

.

d'anticipation				plausible
	Scénario contrasté	Esquisse un futur souhaitable à la frontière des possibles	Assume que l'on peut déterminer d'abord un ensemble d'objectifs à réaliser s'écartant des objectifs de références	Fait la synthèse de ces objectifs et relie cette image du futur présent par un cheminement plausible

« Les méthodes d'experts représentent certes un outil classique en matière de prospective. Il est cependant possible d'envisager des innovations méthodologiques, des adaptations en fonction des sujets traités. L'approche par le dire d'experts constitue la méthodologie la plus à même de donner sens à une approche renouvelée en permettant de s'inscrire dans une posture phénoménologique » (Scouarnec, 2008).

« Les méthodes sont avant tout basées sur plusieurs interactions qui permettent d'avoir une vision systémique et complexe du phénomène étudié » (Scouarnec, 2008).

Par ailleurs, la prospective a des incidences sur les ressources humaines. Montil (2002) évoque les raisons d'un rapprochement des deux concepts. Pour Montil, « la justification de la faible présence de la prospective dans des pratiques de gestion de ressources humaines serait la subordination de ces dernières à la stratégie.

En effet, si nous considérons que la Gestion des ressources humaines instrumentalisée est ravalée au rang de « tactique » au sens d'Alain Charles Martinet (1983) cité par Montil, pour qui « *dans une décision tactique, l'environnement est pour l'essentiel une donnée » tandis qu'à l'inverse, une décision stratégique traite l'environnement et le temps comme des*

.

variables. Cela serait un non-sens d'entreprendre une réflexion prospective appliquée à des tactiques ».

Montil ajoute que « cette explication de l'absence de la prospective en matière de ressources humaines n'est pourtant pas suffisante car la Gestion de ressources humaines relève dans certains cas de la prospective stratégique car même si elle est subordonnée à la stratégie, elle peut impliquer des irréversibilités stratégiques au niveau de l'organisation ».

Le renouveau apporté à la prospective Métiers (PM) par Luc Boyer et Aline Scouarnec est l'implication des acteurs-experts (Cadet, 2009), sur « la représentation que font des acteurs - les experts- d'une situation de gestion données. Elle se distingue des deux autres par la sollicitation multiple des experts avec des outils différents et par une enquête en extension. Cette orientation permet par des méthodes qualitatives (entretiens semi-directifs, réunion de groupes) ou des méthodes quantitatives (questionnaires) d'appréhender des réalités organisationnelles et d'imaginer de possibles façonnages intra- ou inter-organisationnels » (Boyer, Scouarnec, 2005).

Les acteurs-experts « sont des professionnels qui exercent le métier analysé à un niveau d'expertise Cadet, 2009)). Au passage, Cadet rappelle la définition de l'expert au sens de la prospective. Il le définit comme « une personne qui, de par ses expériences actuelles et passées, sa connaissance du métier et du milieu, ses compétences pointues, tant techniques que relationnelles, est le plus à même de pouvoir s'exprimer sur l'ensemble des possibles, les ruptures, les signaux faibles, etc…relatifs au système étudié dans l'exercice prospectif.

En ce sens, la méthode P.M. consiste avant tout à organiser un recueil de points de vue provenant d'acteurs-experts, avec l'intention de dégager et de mesurer leurs convergences comme leurs divergences.

Pour ce faire, elle s'appuie concrètement sur une approche multi-méthodes (analyse de l'art, entretiens, questionnaires, groupe de travail) soigneusement balisée en plusieurs étapes : « *appréhension contextuelle* », « *pré-formalisation* », « *construction* » (à l'occasion d'une journée de travail rassemblant l'ensemble des acteurs-experts ayant été sollicités),

.

« *validation* » (à l'issue de cette journée de travail), « *enquête en extension* » (facultatif) (Cadet, 2009). « Les approches basées sur le dire d'experts rendent possible l'appréhension des représentations des acteurs » (Brabandère et Mikolajczak).

Le concept de représentation (Moscovici, 1961 cité par Brabandère et Mikolajczak) est en ceci utile à la gestion qu'il contribue à la construction de l'acteur et des situations et futures » (Brabandère et Mikolajczak).

Nous concevons que « travailler en prospective grâce au dire d'experts permet d'appréhender l'ensemble des représentations convergentes ou divergentes d'experts utiles à la construction des possibles » (Brabandère et Mikolajczak).

Luc Boyer et Aline Scouarnec « ont développé une méthode susceptible de se révéler utile au management stratégique des organisations et à la gestion des ressources humaines, mais aussi aux salariés eux-mêmes, lesquels sont de plus en plus appelés à endosser le premier rôle dans la construction de leur parcours professionnel et donc à mieux connaître la dynamique des métiers et des compétences » (Cadet, 2009).

Dans le cadre d'une approche renouvelée de la prospective, Régine Montil (2002) indique que les apports théoriques de la prospective sont de trois ordres :

- dans un premier temps, « il s'agit de recourir à une méthodologie de représentation du phénomène de gestion dynamique des compétences qui soit fondée sur une approche perspective systémique ».

- dans un second temps, Montil aborde la question liée à « l'analyse théorique des processus d'actions complexes qui s'attache à identifier les « actes » des acteurs, se dégageant des problématiques de la recherche de l'intention ».

- dans un troisième temps, « elle s'intéresse à l'existence effective de « règles » ou contraintes de comportement entre deux variables dans le temps, sans poser la question du sens de l'influence ni son intensité entre les variables ».

.

« Les difficultés d'insertion de la prospective dans les problématiques de ressources humaines en général et dans celles portant sur les métiers en particulier tiennent tant aux spécificités des pratiques actuelles des entreprises françaises en matière de gestion de ressources humaines qu'à l'inadéquation des outils de la prospective stratégique souvent transférés à l'identique sur le champ de la compétence et des métiers » (Montil, 2002).

La démarche P.M. présente à la fois ses conditions et aussi ses limites (Rémy et Pichault, 2011). La méthodologie, dans ses conditions d'utilisation, comprend selon Scouarnec et Boyer (2002) quatre étapes fondamentales :

- 1. L'appréhension contextuelle : elle représente la phase exploratoire en ce sens où le chercheur s'approprie le sujet d'étude et rencontre une série d'acteurs-experts dans le cadre des entretiens semi-directifs.

- 2. La pré-formulation : elle correspond à l'analyse de contenu des entretiens permettant la construction d'un questionnaire envoyé par la suite aux acteurs-experts.

- 3. La construction : elle se réfère à la réalisation d'une analyse de contenu des entretiens en groupe de travail.

- 4. La validation : elle consiste à intégrer les résultats des groupes de travail pour proposer un modèle général qui fera l'objet d'une validation par les différents groupes.

La P.M. a recours à la méthode des scenarii. « La construction de ces scenarii se fait sur la base de la phase exploratoire qui permet de dégager les principales tensions perçues par les acteurs-experts. Ces tensions sont identifiées au niveau des tendances sociodémographiques, technologiques et environnementales mais également organisationnelles des entreprises du secteur ainsi qu'au niveau des modalités de formation.

Nous pouvons citer, à titre d'exemple, une tension pour chacune de ces tendances : secteur principalement masculin *versus* métiers de précision principalement féminins, perception d'un secteur en déclin *versus* perception d'un secteur porteur au vu du rôle clé des technologies dans la vie quotidienne, disparition des métiers artisanaux liée à la robotisation des entreprises *versus* pérennité des métiers artisanaux, etc. » (Boyer et Scouarnec, 2002).

.

Ci-dessous : les cinq caractéristiques de la prospective, adaptées de Hatem et Préel (1995), cités par Boyer et Scouarnec.

Tableau 7 : cinq caractéristiques de la prospective

Type de caractéristiques	**Contenu**
Approche globale	La prospective métiers est pluridisciplinaire. Une approche systémique permet de clarifier la complexité du réel. La dimension du long terme est nécessaire. La créativité exige d'expérimenter des rapprochements et des confrontations pour imaginer les changements en germe
Approche longue	La prospective a pour ambition de voir large et loin. - parce que l'histoire relativise les modes du moment et renvoie aux courants profonds. - parce ce que seule la vision longue permet de faire émerger les ruptures, les seuils, les inversions de tendance, de périodiser des cheminements. - parce que l'avenir introduit les degrés de libertés croissants avec l'horizon temporel : à court terme, on peut réagir, à long terme, on peut agir.
Approche relationnelle	La démarche doit s'appuyer sur le bon sens et la rigueur en utilisant des outils prouvés et en

.

	privilégiant la lisibilité et la transparence.
Approche d'appropriation	Seule une démarche participative, impliquant en profondeur les décideurs et leurs conseillers permet de donner de la valeur opérationnelle recherchée
Vision pour l'action	La prospective renvoie à deux préoccupations distinctes : un souci d'anticipation (on explore le futur afin de déceler les lignes directrices des grandes évolutions en cours, les principales incertitudes, les ruptures potentielles ; une volonté d'action : on ne cherche pas à prédire l'avenir mais à le construire, en agissant sur ce qui est maîtrisable.

La démarche consiste (Scouarnec, 2008) à :

1. la délimitation du sujet et choix des acteurs-experts. Etat de l'art et rédaction d'un guide d'entretien.

2. la réalisation des entretiens, analyse de contenu thématique et statistique textuelle, rédaction d'un questionnaire de synthèse des analyses de contenu.

3. l'envoi du questionnaire aux acteurs-experts, analyse des données et préparation de la journée de travail de groupe.

4. au travail de groupe, réflexion collective en sous-groupe thématique et formulation des « possibles ».

5. l'enquête en extension à partir des « possibles », rédaction d'un questionnaire et envoi à une large cible, traitement des données et comparaison : points de convergence ou de divergences entre les acteurs-experts et à la cible plus large, synthèse finale.

.

IV.2.2.1. Choix de l'échantillon et outil de l'enquête

IV.2.2.2. Echantillon : nous avons choisi d'entretenir avec 40 cadres de santé de pôles répartis sur l'ensemble du territoire ;

IV.2.2.3. Données sociologiques

Nom et prénom :

Tranche d'âge : -< 25 ans, -entre 26 et 35 ans, > 36 et plus

Sexe : Profession :

Centre hospitalier :

Pôle d'appartenance :

Date de nomination à ce poste depuis :

Date de nomination à ce poste depuis :

IV.2.2.4. Grille des entretiens semi-directifs

Tableau 8 : grille des entretiens semi-directifs

Numéros	**Thèmes**	**Questions**	**Relances**
		Quelles sont les principales mutations liées à l'environnement	*En environnement externe *En environnement interne

.

1	Contexte	Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier Quelles conditions pour favoriser l'évolution de vos pratiques Quels freins potentiels à l'évolution de vos pratiques	*En termes de compétences *En termes d'activité *En termes de formation
2	Stratégie managériale et expertise soignante	Quel est le périmètre de votre action	*Quelle est (sont) votre ou vos principale(s) activité(s) *Quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant *Est-ce que l'expérience que vous avez acquise vous sert aujourd'hui ? *Comment ?
3	Compétences (Rôle pivot)	Quelle est votre vision de la transversalité Pouvez- vous me décrire votre rôle	*Quelle est votre place *Quelle(s) formation(s) continues avez-vous

.

			suivie(s)
4	Motivation (Démotivation)	Quel est votre degré d'implication dans vos actions quotidiennes Y-a-t-il quelque chose qui entrave cette action	*Comment l'expliquez-vous *Comment pensez-vous sortir de cette emprise
5	Donner du sens	Comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle	Pouvez-vous m'en dire un peu plus Pouvez-vous me donner quelques exemples argumentés
6	L'avenir du cadre de pôle	Dessinez-moi le cadre de pôle de demain	Missions ? Compétences environnement de travail

Nous avons choisi de faire des entretiens semi-directifs comme outil de collecte de données pour répondre aux différentes questions posées par notre problématique, par ses questions subsidiaires et pour apporter des clarifications au niveau des objectifs managériaux que nous avons établis. Cet outil de collecte des données va nous aider à comprendre, entre-autres, l'évolution du métier de cadre de santé affecté aux missions de pôle dans la gouvernance de l'hôpital.

L'entretien semi-directif qui est une technique qualitative va nous permettre de recueillir des informations issues du discours des personnes interviewées.

.

Les principaux atouts, les limites et les quatre étapes des entretiens semi-directifs sont présentés dans le tableau ci-dessous[56].

Tableau 9 : atouts, limites et étapes des entretiens semi-directifs

Atouts	**Limites**
Permettre de recueillir des informations approfondies sur les valeurs, les faits et comportements des personnes interrogées.	Il est difficile de tirer des conclusions générales. Nécessite beaucoup de temps et des compétences particulières pour concevoir, conduire et interpréter un entretien.
	La matériau recueilli dépend des connaissances des personnes interrogées et de leur volonté à bien vouloir répondre. Le choix des informateurs est donc important.
Réaliser des entretiens semi-directifs en quatre étapes	
Sélection	En théorie, on devrait arrêter les entretiens lorsque l'on n'apprend plus rien (principe de saturation)
Conception du plan d'entretien	Élaboration d'un guide d'entretien précisant les thèmes à aborder. Recueil des informations de base sur la personne. Préciser le but de l'entretien, sa durée, le niveau de confidentialité, l'usage qui en sera

56 Fiches techniques Euréval, 2010

	fait.
Déroulement	Exposer clairement le sujet et le contexte. Veiller à ne pas influencer la personne interrogée. L'enregistrement de l'entretien est possible pour un rendu fidèle mais le risque d'intimidation et le coût d'exploitation sont à prendre en compte. Rédiger le compte-rendu et (éventuellement) le faire vérifier par la personne interrogée.
Analyse des résultats	En fonction des besoins de l'analyse, faire un résumé par entretien ou une analyse thématique transversale. Élaboration d'une grille d'analyse. Analyser, interpréter, comparer les informations recueillies.

C'est à partir du mois de juin 2020 que nous avons effectué nos entretiens sur un échantillon de 40 cadres de santé de pôles prévu au départ. Ils ont été effectués sous deux formes : le face à face pour certains et par téléphone pour les autres cadres de santé de pôle. Nous avons atteint le niveau de saturation à 30 entretiens. Ces entretiens ont été réalisés dans les différents hôpitaux allant de la région de Nouvelle Aquitaine à l'Île-de-France.

Les données recueillies ont été ensuite retranscrites avant de les coder et de les analyser manuellement afin de les croiser aux résultats d'analyse par le logiciel Sphinx iQ3.

.

Le profil des interviewés a été réalisé ainsi que la volumétrie du contenu, les orientations des phrases et l'ensemble des verbatims. Puis, nous avons établi notre comité d'acteurs-experts dont la liste est essentiellement constituée de volontaires.

Enfin, un questionnaire prospectif en vue de mettre en place une échelle de Likert a été élaboré avant l'organisation d'un focus groupe pendant une journée de travail avec les acteurs-experts.

CHAPITRE V. RÉSULTATS ET DISCUSSIONS

.

V.1. RÉSULTATS

V.1.1. Résultats et analyse de l'approche qualitative..

V.1.1.1. La méthodologie de la recherche sur le Logiciel Sphinx iQ3

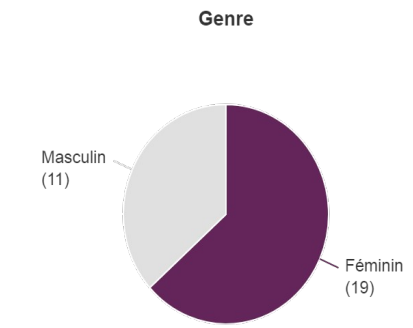
Pour chaque question, trois analyses lexico-métriques ont été réalisées à l'aide du logiciel Sphinx iQ3

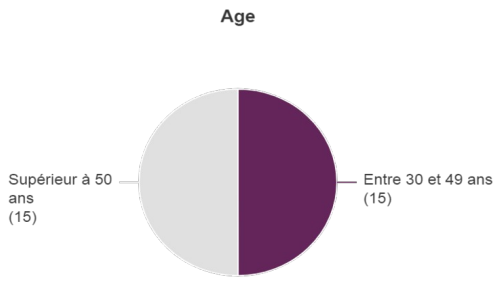
Nous avons commencé par la mise en place d'un nuage de mots présentant les occurrences des mots cités dans les réponses des cadres de santé de pôles. Ensuite, nous avons effectué une analyse de l'orientation des réponses permettant de visualiser la part de réponses positives, négatives, partagées ou neutres.

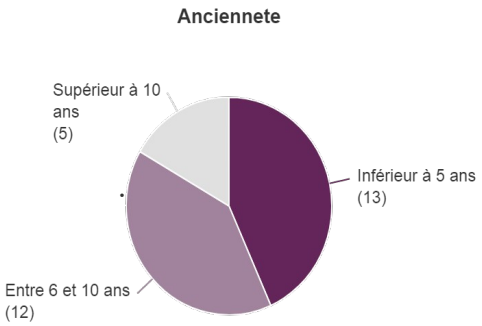
Enfin, nous avons dégagé une typologie (classification hiérarchique descendante) permettant d'identifier les différentes classes d'individus en regroupant les réponses proches. Cette méthode de classification consiste à répartir les observations en catégories homogènes selon les mots clés et les concepts qu'elles contiennent.

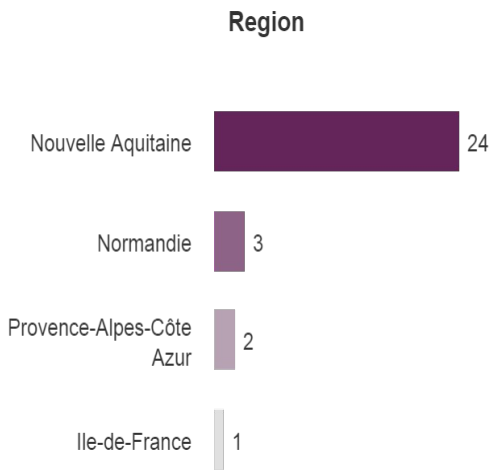
V.1.1.1.1. Le profil des répondants

Figures 6 : profils des réponses









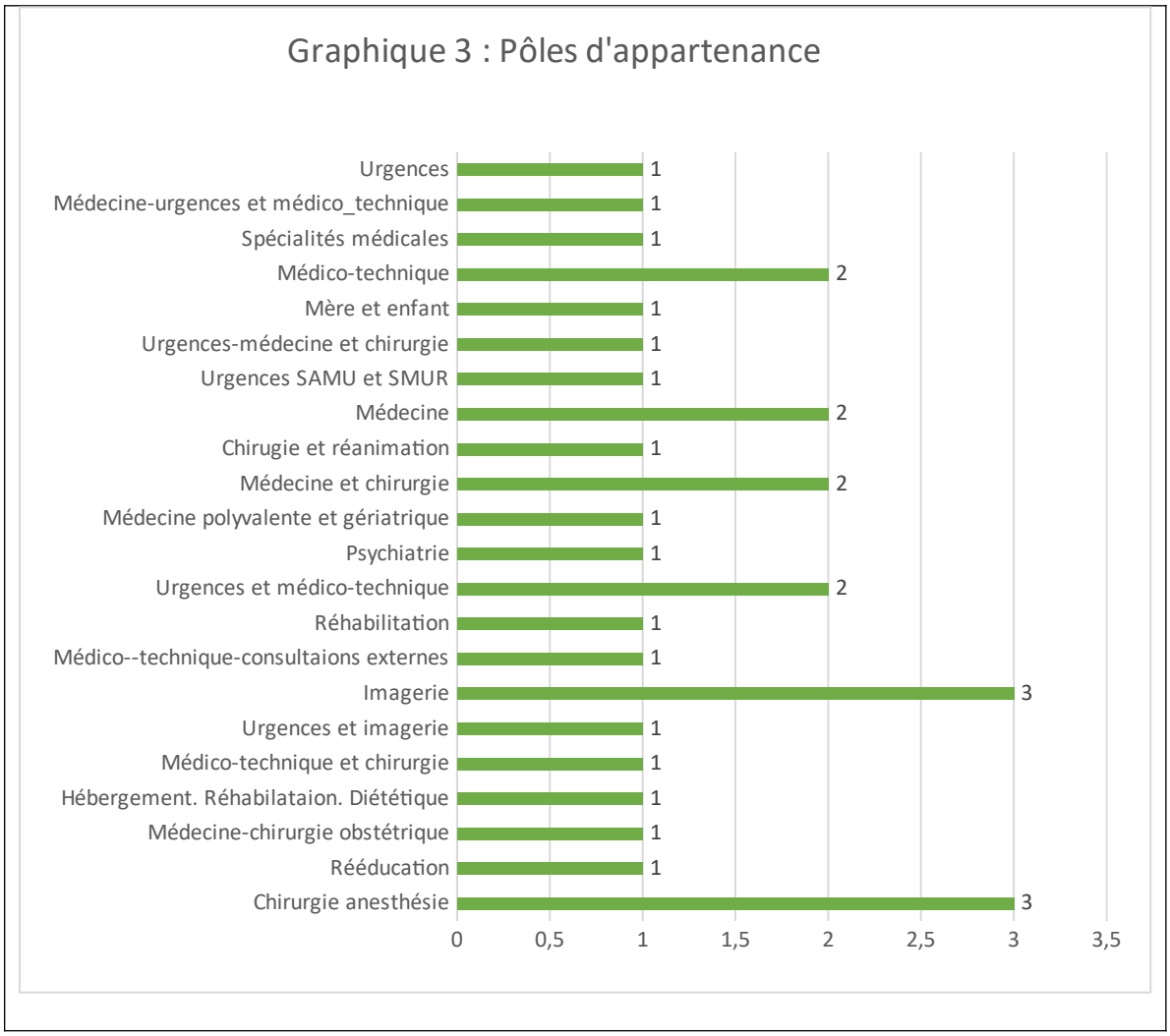


Figure 7 : pôles d'appartenance des interrogés

V.1.1.1.2. La volumétrie et la part de chaque question dans les entretiens

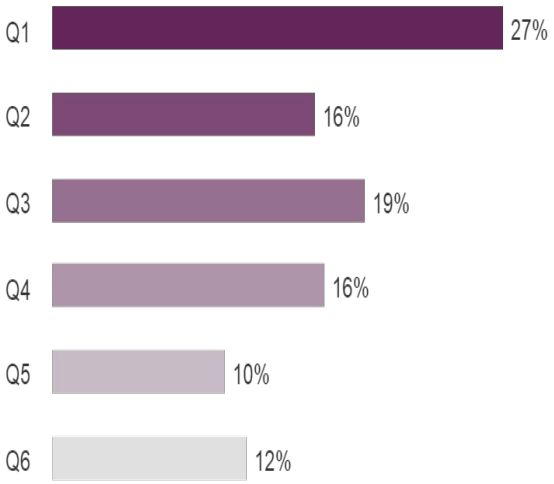
30 entretiens, soit un corpus total de 19206 mots, une longueur moyenne de 640 mots, une longueur minimum de 272 mots, une longueur maximum de 1640 mots et une autonomie moyenne de 4,5.

.

figure 8 : part de chaque question dans les entretiens

Part de chaque question dans les entretiens

	LONGUEUR DES RÉPONSES
Q1	5 389
Q2	3 132
Q3	3 724
Q4	3 249
Q5	2 060
Q6	2 312
TOTAL	**19 866**



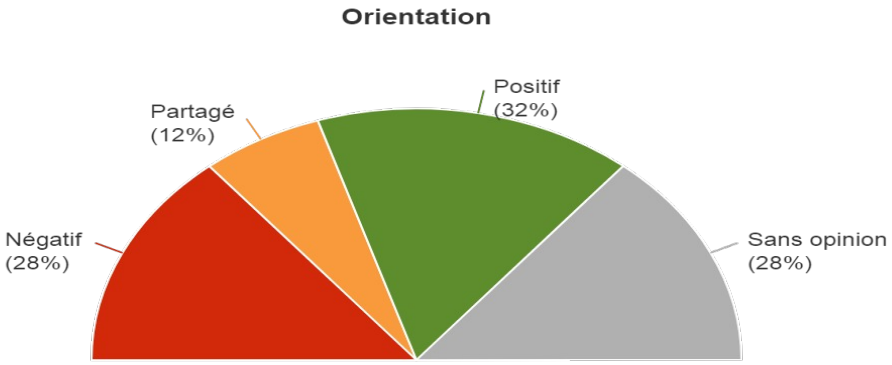
.

V.1.1.1.3. Les principales mutations internes et externes : nuage de mots et orientation des avis

Les nuages de mots représentent le nombre de mots les plus cités dans les réponses données (exemple : projet, direction, management...) et l'orientation les avis donnés par chacune des personnes interrogées. Ces avis peuvent être positifs, négatifs ou partagés. D'autres sont sans opinion. Cela voudrait dire que les personnes n'ont pas pu trancher.

Figure 9 : nuage de mots dans les principales mutations

Figure 10 : orientation des avis dans les principales mutations



.

V.1.1.1.4. Les principales mutations internes et externes : classification et verbatims

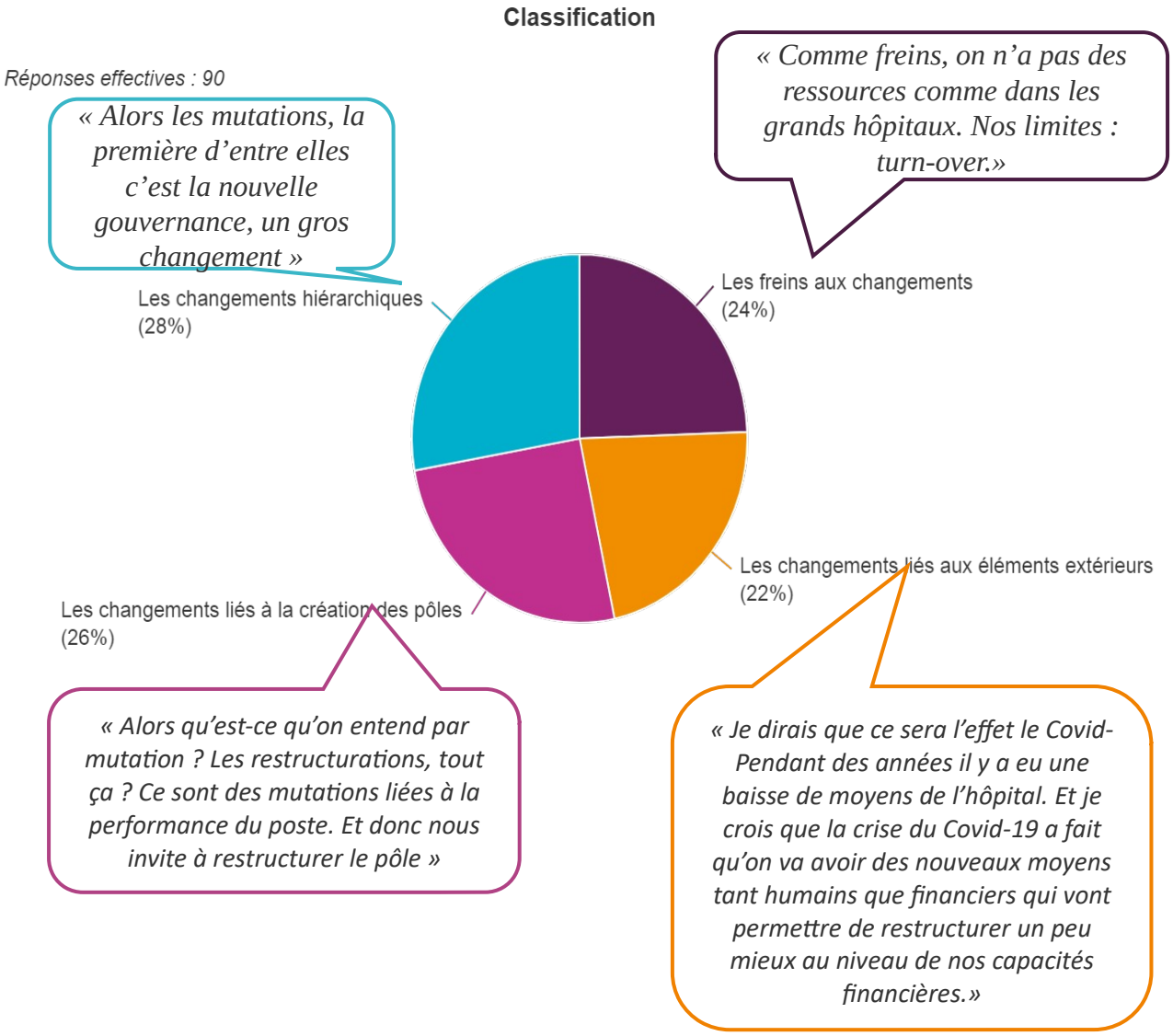


Figure 11 : classification et verbatims dans les principales mutations internes et externes

Analyse : un métier qui semble en pleine mutation. En effet, les cadres de pôles évoquent tout d'abord des mutations liées aux changements hiérarchiques, aux réorganisations, aux moyens financiers et humains disponibles et enfin aux éléments conjoncturels de type « crise sanitaire ».

V.1.1.1.5. Le périmètre d'action : nuage de mots et orientation

Les nuages de mots les plus cités sont : cadre, expérience, proximité, terrain…

L'orientation est marquée par 38 % d'avis positifs contre 11 % d'avis négatifs.

Notons cependant qu'il y a 44 % des personnes interrogées qui sont sans opinion.

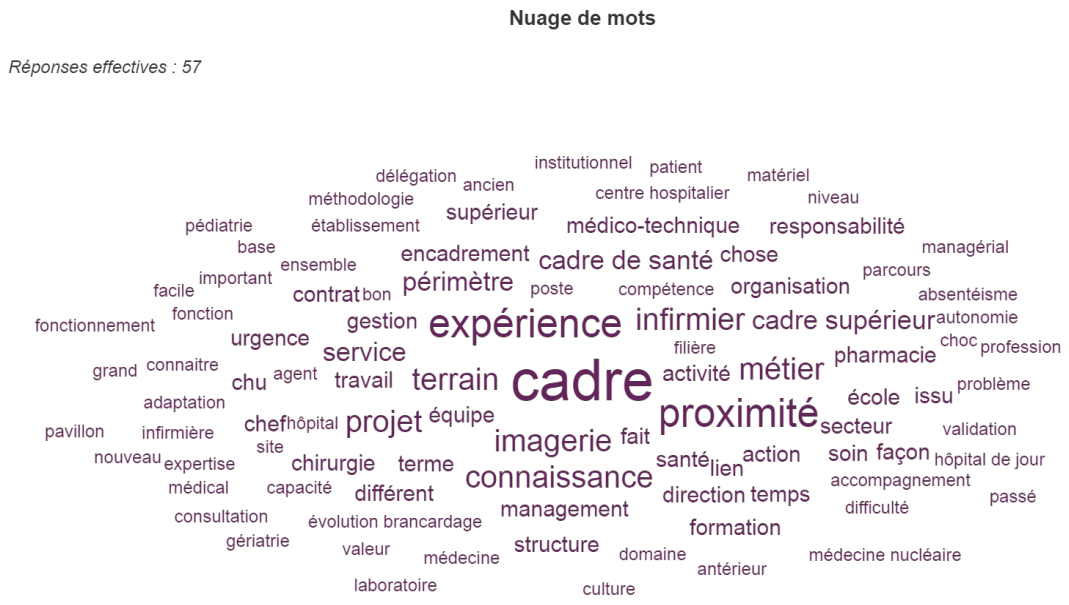
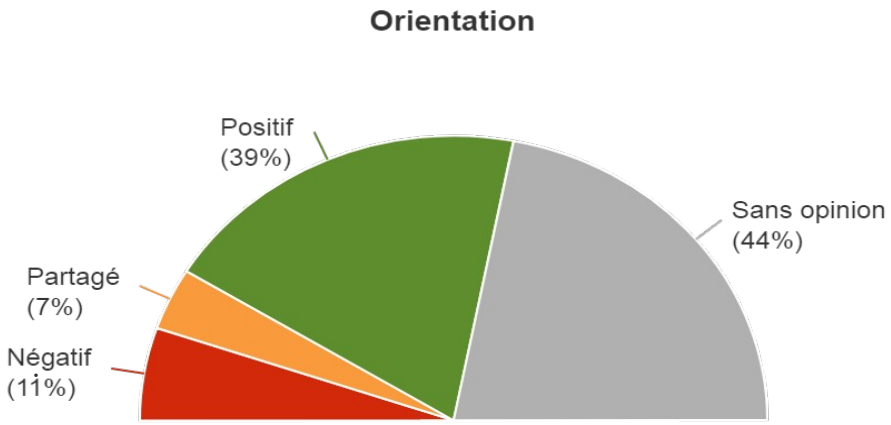


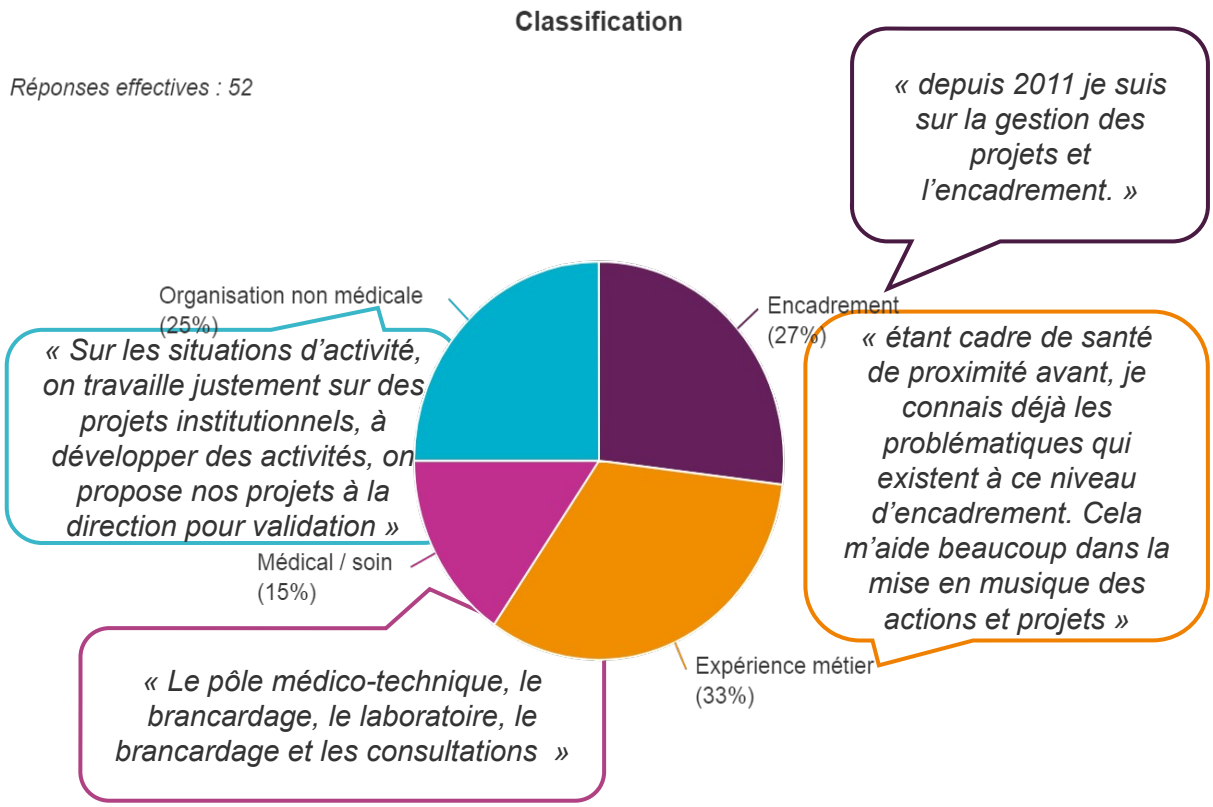
Figure 12: nuage de mots du paramètre d'action

Figure 13 : orientation des avis sur le périmètre d'action



V.1.1.1.6. Le périmètre d'action : classification et verbatims

Figure 14 : classification et verbatims du périmètre d'action



Analyse nous constatons ici une répartition polarisée entre deux grandes missions : le management (organisation non médicale et encadrement) et la « pratique technique » du métier (médical/soin et activation de l'expérience métier).

.

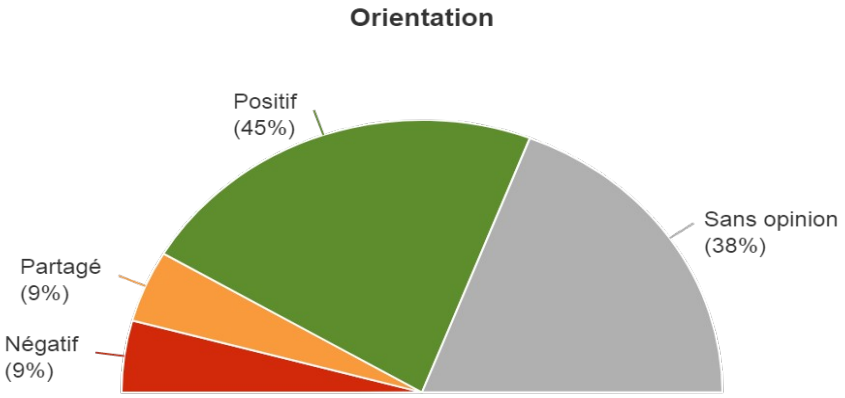
V.1.1.1.7. La vision de la transversalité : nuage de mots et orientation

Le nuage de mots est représenté par : service, cadre, projet, vision, ensemble, transversal.

Nous avons 45 % d'avis positifs en orientation contre 9 % d'avis négatifs et 38 % de sans opinion.

Figure 15 : nuage de mots de la vision de la transversalité

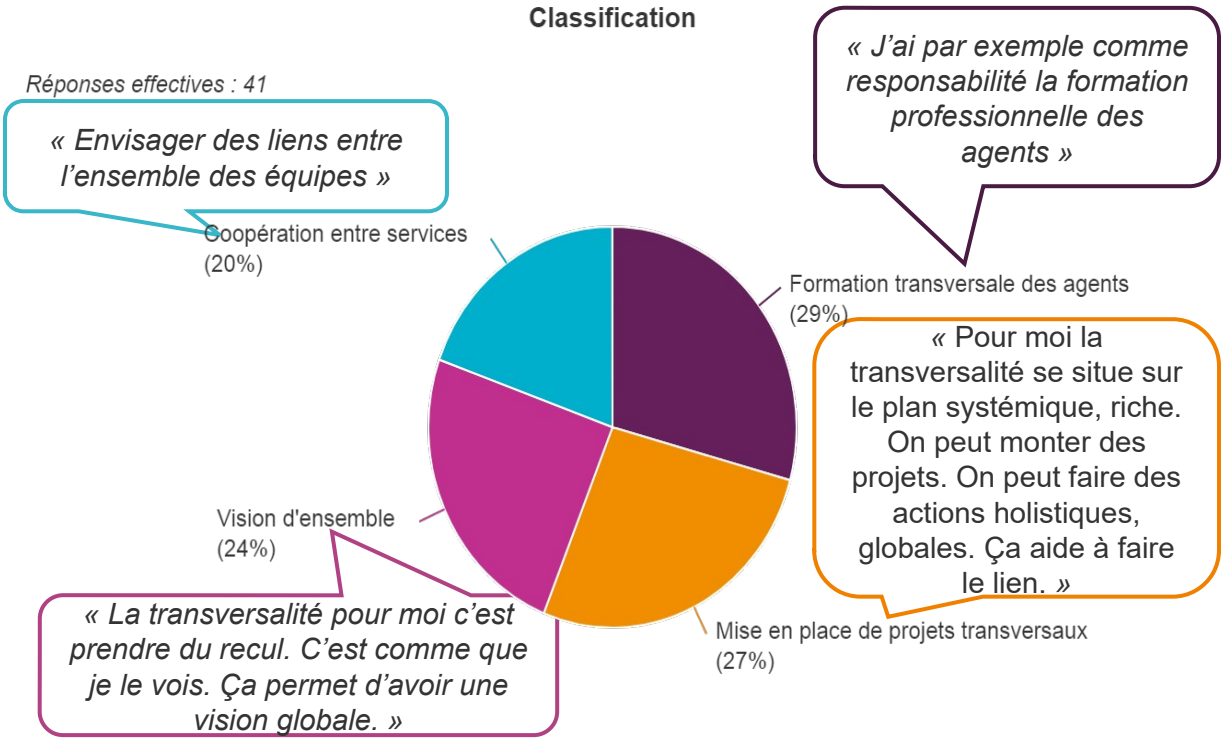
Figure 16 : orientation des avis sur la vision de la transversalité



.

V.1.1.1.8. La vision de la transversalité : classification et verbatims

Figure 17 : classification et verbatims (vision de la transversalité)



Analyse la vision de la transversalité repose sur une action à tous les niveaux : stratégie de l'établissement (vision d'ensemble), désenclavement des services (coopération entre les services et la mise en place de projets transversaux) et formation des agents.

V.1.1.1.9. Le degré d'implication dans les actions quotidiennes : nuage et orientation

En nuage de mots nous avons : gestion, temps, projet, équipe… comme mots les plus cités.

L'orientation nous indique 32 % d'avis positifs contre 15 % d'avis négatifs et 39 % de sans opinion.

Figure 18 : nuage de mots sur le degré d'implication des cadres de santé de pôles

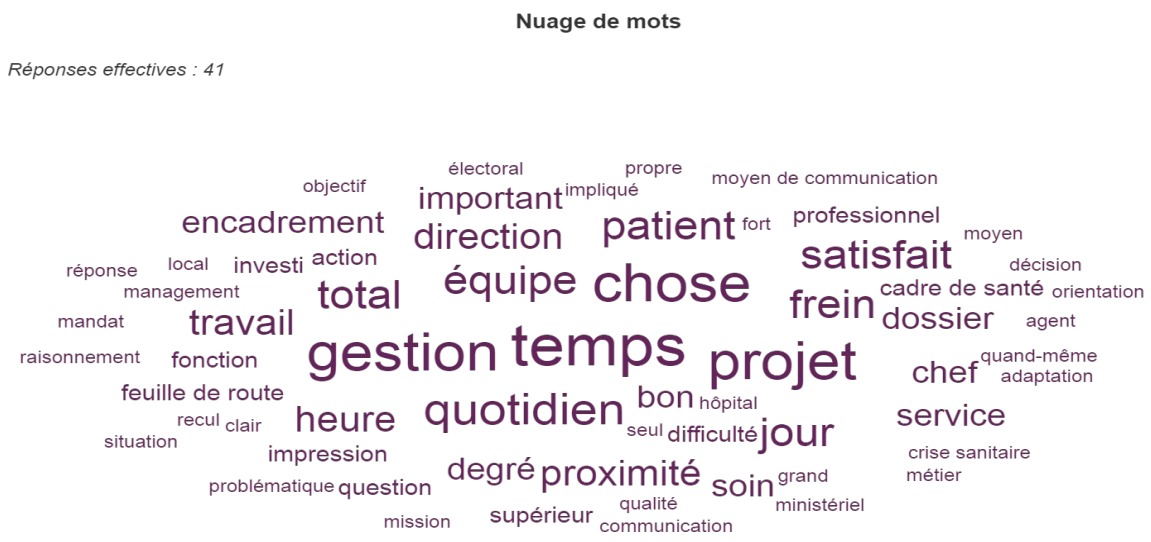
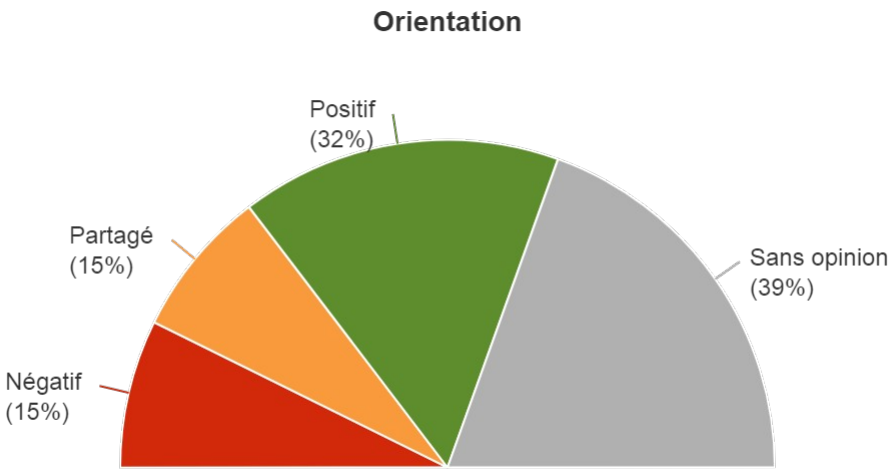
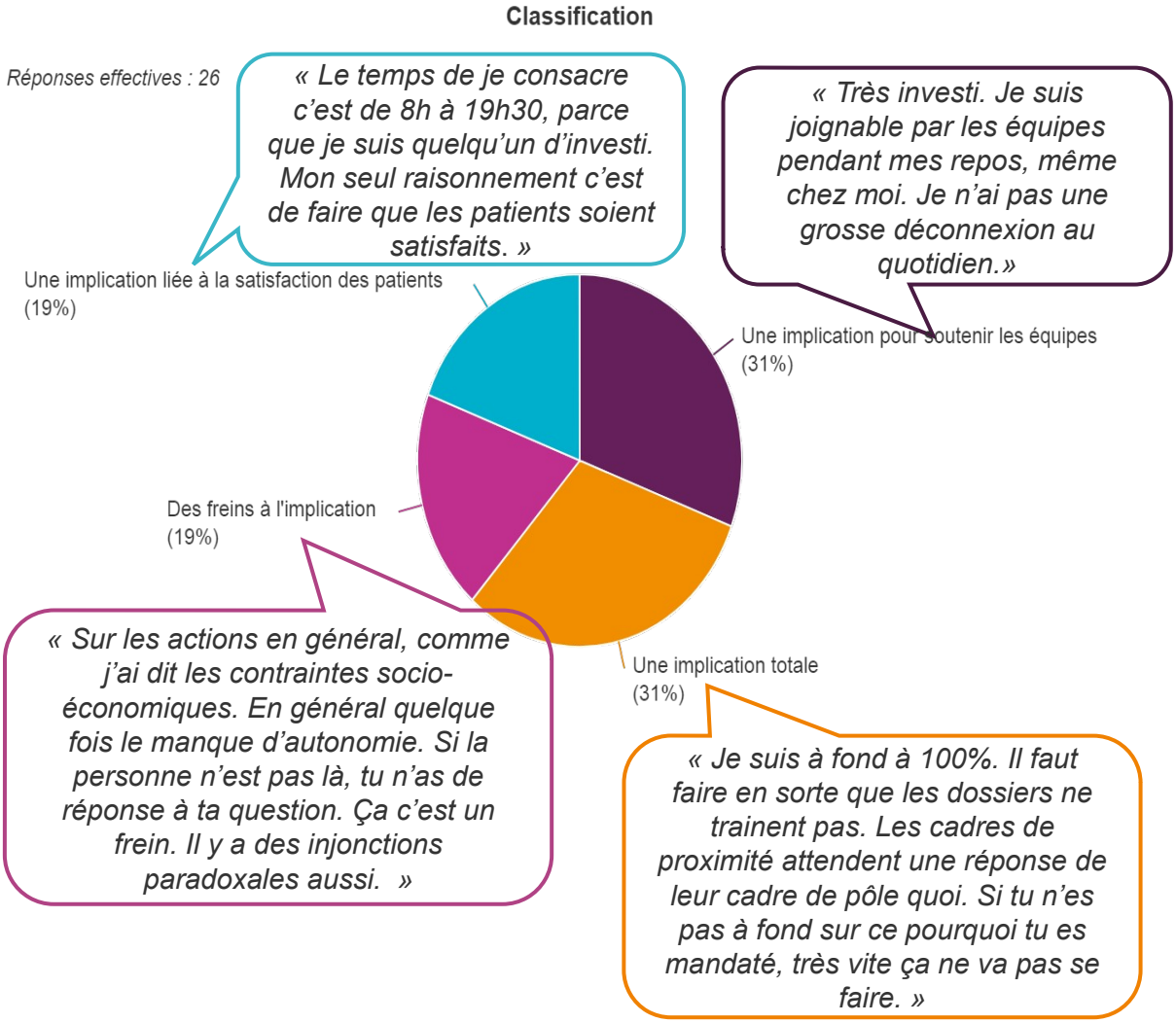


Figure 19 : orientation des avis sur le degré d'implication des cadres de santé de pôles



V.1.1.1.10. Le degré d'implication dans les actions quotidiennes : classification et verbatims

Figure 20 : classification et verbatims sur le degré d'implication des cadres de santé de pôles



Analyse : les moteurs de l'implication sont avant tout le soutien aux équipes en réponse aux missions managériales et ensuite la satisfaction du patient.

.

V.1.1.1.11. L'adhésion des équipes aux actions et projets : nuage de mots et orientation

Au niveau des mots les plus cités, nous trouvons : communication, cadre, réunions… qui traduisent les mots les plus utilisés pour faire adhérer les équipes.

Au niveau de l'orientation : 47 % d'avis positifs contre 7 % d'avis négatifs.

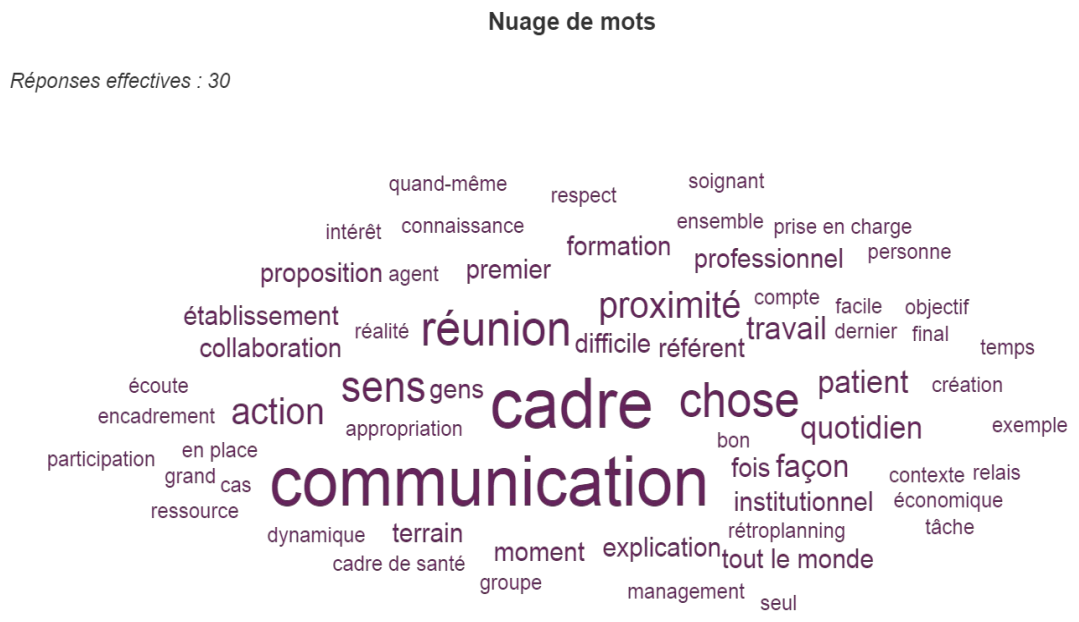
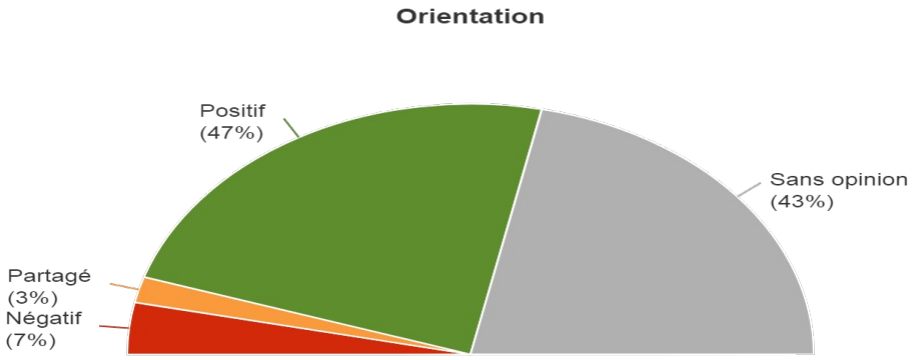


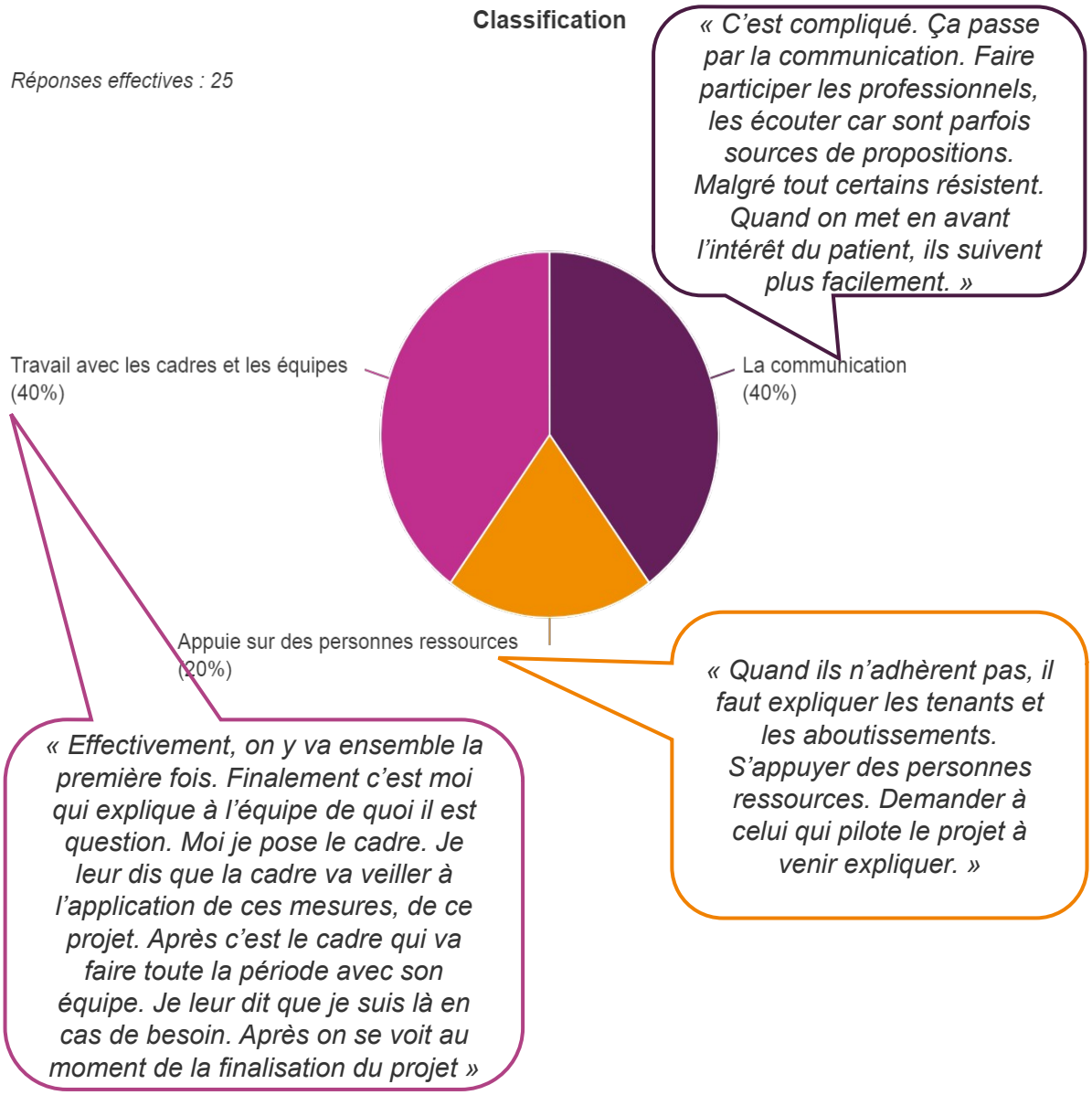
Figure 21 : nuage de mots sur l'adhésion des équipes

Figure 22 : orientation des avis sur l'adhésion des équipes



V.1.1.1.12. L'adhésion des équipes aux actions et projets : classification et verbatims

Figure 23: classification et verbatims sur l'adhésion des équipes



Analyse : au cœur de la mobilisation des équipes, les cadres de santé de pôle évoquent la communication et la délégation.

V.1.1.1.13. Le cadre de santé de pôle de demain : nuage de mots et orientation

Le nuage de mots mots nous indique que : établissement, territoire, hôpital, soin et surtout filière ont été les plus cités.

En orientation : 32 % d'avis positifs contre 15 % d'avis négatifs. On note par ailleurs 47 % de sans avis.

Figure 24 : nuage de mots (les cadres de santé de demain)

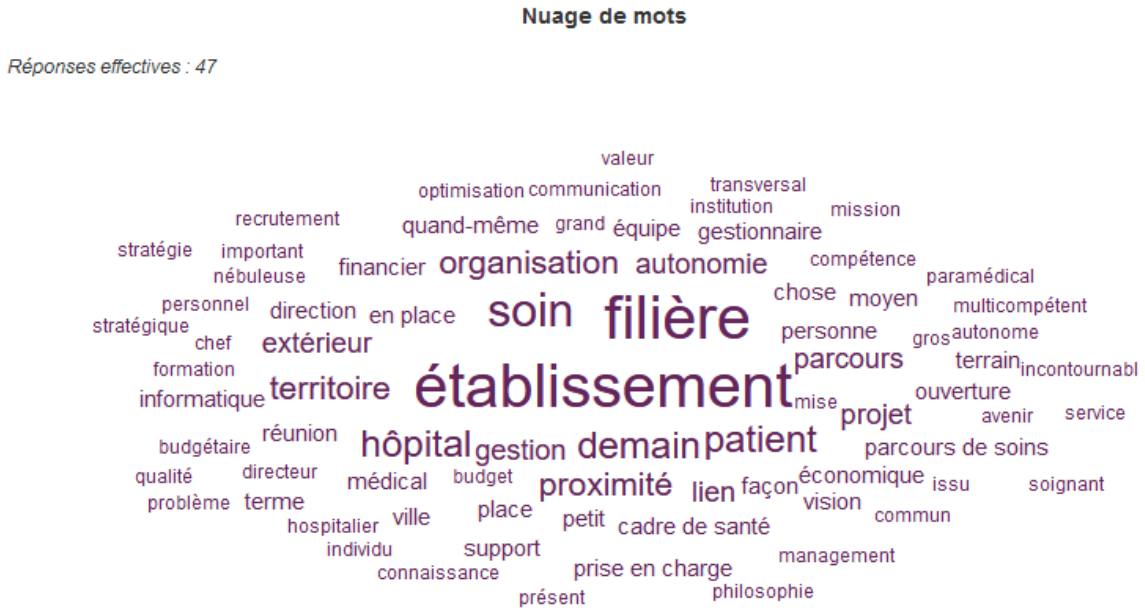
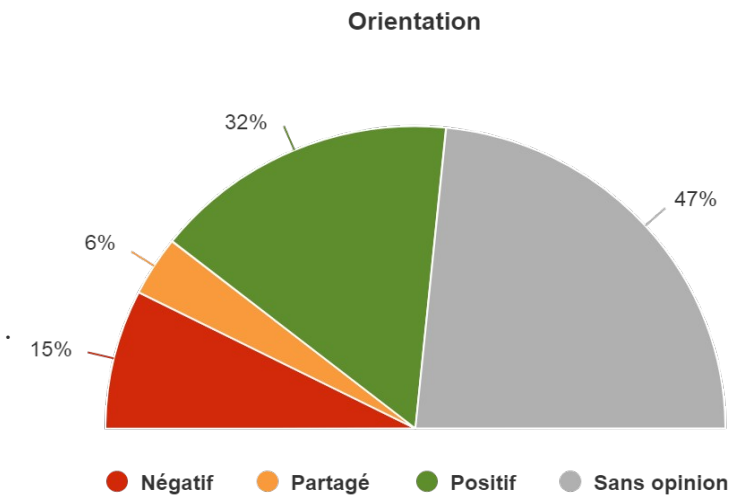


Figure 25 : orientation des avis sur le cadre de santé de pôle de demain



V.1.1.1.14. Le cadre de santé de pôle de demain : classification et verbatims

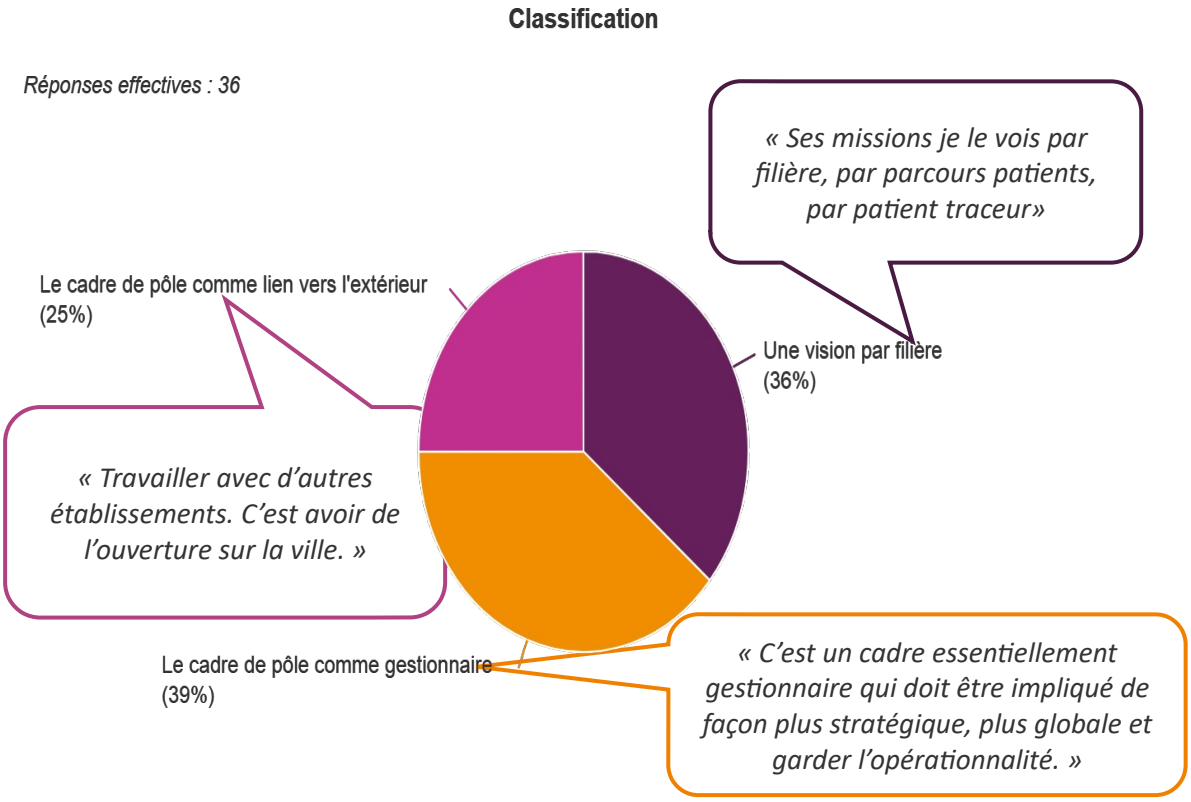


Figure 26 : classification et verbatims sur le cadre de santé de demain

Analyse : trois visions différentes sont évoquées pour dessiner le cadre de santé de pôle de demain. Une vision par filière, par parcours de soins, une vision avec le cadre de santé de pôle dont les missions relèveraient essentiellement de la gestion et le management des équipes et enfin où il serait le lien avec le monde extérieur à l'hôpital

V.1.2. Résultats et analyse manuelle complémentaire de contenu

Nous avons confronté les deux approches : l'analyse par le logiciel Sphinx iQ3 et l'analyse de contenu faite manuellement. En croisant les deux études, nous avons observé que les deux approches apportaient pratiquement les mêmes résultats sur le plan qualitatif. Néanmoins, l'analyse par le logiciel ne donnait pas des explications détaillées et exhaustives. C'est ainsi que nous avons décidé volontairement de compléter cette étude par une analyse manuelle de contenu.

V.1.2.1. Le contexte de mutations internes et externes

Les différents résultats sont les suivants :

V.1.2.1.1. Les restructurations

Concernant les principales mutations et ses questions de relance, il ressort de l'avis des personnes enquêtées qu'elles ont été causées au moment des restructurations, en particulier au moment de la mise en place de la nouvelle gouvernance. Ces restructurations ont entraîné différentes réductions dans beaucoup de directions comme par exemples des réductions budgétaires et de fait des restrictions en matière de ressources humaines. Elles ont souvent engendré la mutualisation des équipes dans certains services et favorisant la suppression de certains postes de travail ainsi que la fermeture de lits. L'encadrement de pôle se retrouve dans des situations difficiles à gérer. Mossé et Paradeise (2003)[57] vont plus loin puisqu'ils parlent d'une « complexité juridique et organisationnelle ». « Cette complexité juridique et organisationnelle pose un problème de gouvernance qui n'est sans doute pas nouveau. Mais l'entité juridique, qui sert de base à l'observation, au contrôle et, *in fine*, à l'allocation des ressources (Bousquet *et al.* 2001) s'avère être un niveau de plus en plus inopérant lorsqu'il

57 Restructurations de l'hôpital ; recompositions des hôpitaux. Réflexions sur un programme. Revue française des affaires sociales 2003/3.

s'agit d'aborder les tenants et aboutissants de la création d'activités nouvelles, de la performance ou de la profitabilité ».

« La réorganisation de la gouvernance des établissements de santé a des effets restructurant sur le rôle et le positionnement des acteurs. Le pôle constitue désormais l'unité de base du management et le lieu de déclinaison de la stratégie médicale.

Le contrat de pôle, qui définit le champ et les modalités de la délégation de gestion, devient l'outil privilégié du pilotage interne»[58].

ENT10. « Des mutations d'ordre démographique au niveau des ressources humaines qui impactent sur mon fonctionnement. Des possibilités de recrutement. La direction a totalement changé. Toute l'équipe top management de direction a changé. Une nouvelle direction sur le changement, l'adaptabilité. Il faut accompagner ces changements. Les premiers projets ont été remis en question par la direction de l'hôpital, en dépit de la validation par l'ARS. Il a fallu s'adapter à ce nouveau management. Le corps médical s'interroge sur l'évolution de ce management. Moi j'ai eu plus de latitude pour recruter. La DRH donne beaucoup plus de facilités contrairement à avant. On a un nouveau chef de pôle qui est arrivé avec deux sous chefs de pôles compte tenu de la grandeur du pôle avec 12 cadres de santé de proximité. Le mouvement social des manipulateurs radio n'a jamais été aussi présent dans la rue avec des impacts locaux au niveau de la cotation. On n'avait jamais entendu les manipulateurs descendre dans la rue. Les pratiques avancées sont aussi d'autres mutations. Le fait d'être à 2 cadres de pôles est très bien car il faut porter les projets institutionnels. Ça me permet de faire autre chose, être avec les cadres, les médecins, l'échange avec le directeur de soins. On peut s'occuper d'autres projets, d'aller un peu plus en profondeur ».

ENT29. « Plus en amont, je parlerais plus de la réforme de la modernisation de la santé qui a apporté plusieurs restructurations au niveau architectural que soignant ».

ENT30. « En dehors de ça c'est la mise en place des pôles qui a occasionné différentes restructurations ».

58 Le management des pôles à l'hôpital. Regards croisés, enjeux et défis. Nobre et Lambert, 2012

.

ENT1. « Bien évidemment c'était le but de la nouvelle gouvernance ». « La nouvelle gouvernance hospitalière introduit une modification de l'organisation en créant des pôles d'activité.

Elle généralise par ailleurs la contractualisation interne et développe la délégation de gestion. En fin, elle met en place un Conseil Exécutif et redistribue les rôles des instances à l'hôpital »[59]

ENT12. « Les restructurations, tout ça ? Ce sont des mutations liées à la performance du poste. Et donc on nous invite à restructurer le pôle, en réduisant nos moyens ».

ENT3. « Alors avec la mise en place des GHT, c'est ce qu'on entend partout : les réductions budgétaires, les réductions des ressources humaines, les contraintes budgétaires de plus en plus serrées ».

ENT12. « Alors les mutations, la première d'entre elles c'est la nouvelle gouvernance, un gros changement. La loi HPST qui est intervenue également. En tant que cadre de pôle on est plus dans la stratégie, on suit des décisions institutionnelles. On suit les projets. On fait avancer les projets avec l'équipe d'encadrement ».

Cependant, il apparaît que certains éléments peuvent entraver l'évolution des pratiques des interviewés.

V.1.2.1.2. La crise sanitaire

La crise sanitaire a eu un impact économique, démographique et social considérable sur l'hôpital d'une façon générale et particulièrement sur la fonction des cadres de santé de pôle. Cette situation a engendré une modification dans le comportement des agents et forcément elle a induit des adaptations à l'événement. « La France fait partie des pays *"très affectés"* par

59 Crozet et al. Politique et management public, Vol 26/2/2008.

la crise sanitaire avec 1 332 décès par million d'habitants, beaucoup plus que la moyenne européenne (1 092 décès par million). La crise a eu un impact sanitaire important sur toute la population, essentiellement les personnes âgées (au moins 15% de la population affectée).

Les conséquences sanitaires indirectes (déprogrammation de soins, report de diagnostics...) ne seront connues que dans quelques années. Les restrictions ont engendré une perte économique sans précédent dans l'histoire récente. En France, la récession est estimée à 8,2% en 2020 (zone euro : 7,5%). Selon le rapport, certaines mesures (fermeture totale des écoles et de commerces) semblent avoir eu un coût économique et social excessif au regard de leur impact sur l'épidémie. Néanmoins, un effort public massif a permis de réduire l'impact de la crise sanitaire. L'activité partielle a ainsi préservé l'emploi dans des "*proportions remarquables*" au regard de la crise financière de 2008, entre autres. Malgré l'intervention de l'État, la préparation à la crise s'est révélée insuffisante et la faiblesse récurrente de l'anticipation a engendré des retards dans les décisions : pénurie de masques, lenteur de la mise en place des tests, confinements, vaccination »[60].

ENT11. « *La crise sanitaire que nous venons de vivre ou que nous vivons actuellement en fait partie. La crise sanitaire nous met des freins dans toute chose. Elle se passe en adaptation du jour le jour entre les décisions ministérielles et les orientations locales ».*

ENT21. « L'évolution au niveau des mentalités des personnels de santé, évolution de patients qui deviennent plus graves. Au niveau RH une évolution des professionnels paramédicaux avec un rapport au travail qui est modifié, un système de zapping qui fait qu'au bout de six mois les personnels ont envie de changer de service. Une évolution sur la place du privé dans le travail. Rapidité d'intégration dans le système, une précarisation du personnel aide-soignant, une situation financière difficile. Une tension sur les places : il faut attendre trois jours pour hospitaliser des patients en urgence. Le processus de direction est long. La crise Covid que l'hôpital a connu ».

ENT29. « Si je parle du moment, je dirais que c'est plutôt la crise sanitaire. On a dû modifier nos organisations ».

60 Covid-19 : quelle gestion de la crise sanitaire en France ? « Vie Publique au cœur du débat public »

.

ENT30. « Pour moi, c'est la crise sanitaire qui a poussé les établissements à revoir leurs organisations... »

Par ailleurs, nous notons quelques conditions susceptibles de favoriser l'évolution de ces pratiques.

ENT12. « *Les conditions susceptibles de favoriser l'évolution de vos pratiques ? L'autonomie. Surtout de l'autonomie. Ce qui n'est pas toujours le cas. Malheureusement. Voilà ! ».*

ENT11 « Les conditions sont essentiellement matérielles et c'est ce qui manque le plus parce que de là découlent toute l'organisation et la mise en place de ce qu'on voudrait faire pour améliorer les choses au niveau de la prise en charge du patient ».

ENT9. « Les moyens ergonomiques pour améliorer leur travail, les PC soient adaptés, un travail avec les informaticiens, les sociétés qui fournissent le matériel de robotisation. On n'a pas la hotline tout le temps, les procédures dégradées avec la Qualité ».

Autant certains ont parlé des moyens, autant d'autres ont évoqué les conditions de travail en termes d'environnement ou de suppléance dans le quotidien.

ENT22. « C'est mon environnement professionnel. C'est à dire des partenaires de travail. Il y a aussi la suppléance qu'on peut avoir. C'est à dire les aides. Le télétravail est facilitant aussi ».

Mais ces éléments sont mis en opposition à ce qui pourrait porter atteinte à cette évolution. *ENT7.* « *Entraver, euh les moyens technologiques. Si les moyens technologiques ne sont pas à la hauteur, si on me coupe les moyens de communication, je suis foutue. Je peux rentrer chez moi, je n'aurai pas grand-chose à faire. Ça c'est certain. On est plus que dépendant de ces moyens de communication ».*

ENT30. « Les moyens économiques et financiers pour faire face à l'absentéisme. Le manque de ces deux moyens peut constituer un frein ».

.

La peur du changement amène certaines équipes à opposer le refus de certaines restructurations qui pourraient introduire de grands bouleversements dans leur quotidien. C'est la résistance au changement qui s'opère.

Par ailleurs, on a également remarqué que le fait d'être seul, isolé pouvait constituer les raisons de ne pas s'épanouir dans le travail. Aussi, certaines personnes interrogées disaient que le turn-over, l'attention de la hiérarchie étaient des facteurs de freinage dans la motivation des cadres de santé de pôle.

ENT6 : « Les freins sont que les acteurs ont peur qu'on leur impose la mobilité ENT6. Cela a donné l'occasion de rebattre les cartes du cadre de fonctionnement, faire comprendre aux équipes qu'on ne peut plus faire comme avant ».

ENT10 : « Les freins potentiels c'est déjà de ne pas être seul. Le changement des équipes de direction freine en termes du temps. Le regard du n+1 est fondamental dans les informations. Le changement des équipes de direction ça freine ».

V.1.2.2. La stratégie managériale et expertise soignante

V.1.2.2.1. Le périmètre d'action

Dans l'approche du périmètre et du rapport existant entre l'ancienne profession et l'actuelle, la majorité reconnaît que la délimitation de leur périmètre est très claire. De même que les actions qui concourent à raffermir leurs savoirs faire. Elles sont souvent le résultat d'un long processus, de l'expérience acquise dans leurs précédentes fonctions.

Si les périmètres sont différents, il n'empêche pas que la dynamique de gérer leurs pôles reste une préoccupation pour tous les interrogés.

ENT4. « Je travaille avec le chef de pôle sur les situations d'activité et les projets institutionnels, les contrats de pôles, recours en termes de solutions aux équipes ».

.

ENT13. « Mon périmètre, c'est les EHPAD (établissement hébergeant les personnes âgées dépendantes), la diététique, les psychologues… J'étais cadre sur le pôle de médecine avant. On m'a dit d'aller en gériatrie. Ce n'est pas un secteur qui m'intéressait particulièrement ».

ENT7. « Euh mon périmètre d'action, c'est euh comment dire, c'est coordonner, c'est la coordination des différents projets. C'est d'accompagner les directives institutionnelles au sein du pôle et d'être fort des propositions en termes d'optimisation des organisations et d'activité. Il y a toute la gestion des ressources humaines en parallèle ».

ENT6. « Mon périmètre d'action est de superviser, mettre les gens qu'il faut à la place qu'il faut. J'accompagne moi dans l'organisation des mises en place en termes des ressources humaines. J'accompagne sur les activités ou alors on m'aide à redévelopper certaines activités ».

ENT2. « Mon périmètre d'action en interne j'ai deux services : le SSR (soins de suite et réadaptation), le service de réadaptation fonctionnelle et le service des soins associés au pôle ».

ENT10. « Je suis responsable du pôle imagerie sur tous les sites du CHU avec 12 cadres au total. Ça représente à peu près 400 agents. L'accompagnement des protocoles de coopération ».

V.1.2.2.2 L'expérience

Il apparaît que l'expérience est un facteur qui occupe une place importante dans le parcours des cadres de santé de pôle. Ils s'accordent tous à dire que l'expertise des fonctions d'encadrement relève bien souvent des expériences vécues dans leur trajectoire. Cependant, ils sont tous d'accord aussi pour dire qu'être cadre de santé de pôle et avoir d'autres actions de proximité (certains cadres de pôles) rende leurs missions d'encadrement de pôle difficiles.

La tension peut être plus aiguë à ce niveau-là. Ceux qui occupent ces deux postes disent qu'ils sont disposés à aider et à conseiller les cadres de santé de proximité et non occuper les

.

missions de proximité.

Il convient de rappeler que l'expérience est une situation vécue ou un fait vécu. C'est le « fait d'acquérir, volontairement ou non, ou de développer la connaissance des êtres et des choses par leur pratique et par une confrontation plus ou moins longue de soi avec le monde »[61].

ENT4. « Mon expérience de terrain me permet d'avoir une vue concrète, pragmatique. Quand on échange avec des infirmières sur des projets, forcément je m'exprime parce que je connais. Comme j'ai travaillé comme infirmière ça me permet d'avoir quelques idées. Ça c'est aidant. D'avoir été cadre de santé de proximité, c'est sûr. Là c'est pareil. Quand j'étais cadre dans le service je gérais l'absentéisme, je discute aussi avec les cadres. Je connais aussi leur vécu. Même quand j'étais cadre en pharmacie. Je connais bien la formation des IDE, en termes d'accompagnement aussi. Même en tant que cadre en formation, tu as une veille intellectuelle. Donc tout ça m'a beaucoup aidé ».

ENT2. « Oui. Parce que l'expérience de terrain, soignant de terrain me permet d'avoir une vue, on va dire euh concrète et pragmatique, réelle, même si euh on n'est pas obligé d'être issu du métier d'infirmier pour comprendre le métier infirmier. C'est net. Moi j'ai eu l'expérience inverse où j'ai géré le pôle médico-technique. Donc les manip-radios, les préparateurs en pharmacie, ce n'était pas du tout mon cœur de métier. Euh j'y suis parvenue. Mais ça nécessite un temps d'adaptation, des connaissances du métier. Voilà ! C'est plus facile quand tu es issu du métier. Ça ne veut pas dire que ce n'est pas faisable, mais c'est plus facile ».

ENT7. « La connaissance de l'encadrement de proximité aide à comprendre les différentes problématiques auxquelles ils sont confrontés : absentéisme, le matériel, les projets à monter pour obtenir des financements, surtout dans le médico-social... Le fait d'avoir été cadre de proximité, j'ai été confronté à ces problèmes. On aide à la gestion RH et de gestion de conflit. Le fait d'avoir emmagasiné comme expériences avant associées à toutes les formations qu'on a eues aident aussi à la résolution de tous ces aspects ».

61 CNRTL, 2012

ENT6. « Le fait d'avoir été manipulateur radio m'aide à savoir gérer une salle de radio, une vacation de scanner, les moyens à allouer, de savoir le niveau d'activité que l'on peut programmer. Il ne faut pas mettre les gens dans le rouge. Pour combler l'absentéisme, un jour la direction m'a demandé de mettre une infirmière au scanner pour gérer les activités. J'ai refusé car je savais que c'est le manipulateur qui allait s'occuper de tout. L'infirmière n'aurait pas à assurer les protocoles d'examens ou autres.

J'ai pu expliquer cela à la direction. C'est important. Le fait d'avoir été cadre ça te permet de mieux gérer les équipes, d'avoir une expérience en ressources humaines, accompagnement et rassurer les équipes. Il ne faut pas exagérer. Les équipes doivent se débrouiller avec les moyens qu'on leur donne. Ma place ? Sur la prise en charge en imagerie des malades où moi je vais faire en sorte que ça corresponde à leurs besoins ».

ENT22. « C'est intrinsèquement lié. Cette expérience me permet d'identifier certains partenaires et comment je dois travailler avec eux. Je sais les besoins d'un patient. Ça me sert au quotidien dans mon travail ».

ENT10. « Je pense en effet que la connaissance du métier est un plus. Mais elle n'est pas indispensable. Les expertises restent dans le domaine qu'ils connaissent. Communiquer, accompagnement, dans le suivi, il faut bien connaître le métier. La connaissance du terrain, l'expertise est un atout. Ce que j'ai entendu, c'est que si on a fait appel à moi c'est parce que je connais le terrain. Je suis au CHU de Bordeaux depuis longtemps. Mais je peux tout à fait travailler dans un autre service de soins ».

ENT26. « C'est une expérience qui me sert toujours. C'est important de connaître ce que les agents font, leur travail. J'ai pris le temps de connaître, même les métiers d'imagerie comme la pharmacie. Je me suis mis. Le secteur des urgences ne me pose pas de problème car je suis issu de la filière. Dans tous les cas, je pense qu'il y a un lien. Je me réfère aux pratiques managériales que j'ai effectuées en tant que cadre de proximité ».

.

V.1.2.3. La compétence

V.1.2.3.1. La transversalité

Travailler en transversalité nécessite d'avoir des compétences ou en acquérir dans les domaines appartenant à cette transversalité.

C'est aussi acquérir de nouvelles compétences sur d'autres problématiques que les siennes. La compétence « c'est posséder les bonnes connaissances mais c'est aussi et surtout adopter les bonnes attitudes et mettre en pratique les bonnes aptitudes selon les situations »[62].

La transversalité contribue ainsi à l'amélioration des pratiques et donc de la compétence. Comme l'ont su définir les personnes interrogées, c'est la « coopération » entre pôles. C'est aussi la « collaboration » qui permet de mettre en place des stratégies communes en fonction des missions, des projets et des actions au quotidien.

ENT7. « Être transversal, c'est être en capacité de transférer d'un secteur à un autre. Le cadre de pôle c'est souvent celui qui incarne la transversalité du pôle. C'est celui qui est amené à réunir les différents acteurs, à échanger avec eux de leurs problématiques et de les informer de ce qui se passe à côté. Tout ça avec la participation du chef de pôle ».

ENT5. « A mon avis c'est la coopération entre l'ensemble de services et éviter ce qu'on a appelé pendant très longtemps de la balkanisation de l'hôpital. C'est-à-dire ça devenait des petites structures indépendantes au détriment de la transversalité. Il fallait, ce qu'on a essayé de développer nous, qu'il y ait une transversalité au niveau des cadres supérieurs et des médecins chefs de pôles, de travailler ensemble, d'avoir des réunions communes ».

ENT1. « Il faut qu'on arrive à collaborer de manière importante. Et la transversalité ça permet, euh la vision que j'en ai, c'est de pouvoir accompagner justement les autres en étant, en restant dans une certaine objectivité ».

62 Fernandez Alain, Piloter. ORG. Performance, Management, Décision. 13 mai 2019

ENT4. « La transversalité pour moi c'est prendre du recul. C'est comme ça que je le vois. Ça permet d'avoir une vision globale. Quand tu es en transversalité tu vois ce qui se passe ailleurs. Pour moi c'est quelque chose de très positif. En gestion de conflit, ça peut t'amener à avoir comment elle se fait ».

V.1. 2.3.2. La formation

Comment alors acquérir cette compétence ? C'est par la formation. Nous savons que peu de cadres de santé de pôles ont reçu de formation, qu'elles soient des formations continues ou ponctuelles. Un grand nombre des cadres de santé de pôles ont essentiellement parlé de leur formation en management lors de la prise de fonction.

ENT9. « En qualité de manager, j'ai eu des formations sur l'encadrement des pôles ».

ENT12. « On a eu d'autres formations avec d'autres collègues de 2 ou 3 jours chaque fois en lien avec le projet managérial qui faisait partie du projet d'établissement ».

ENT8. « *Oui on a eu des formations de management de pôle avec l'ensemble de nos collègues et les chefs de pôles. Ça a été des moments de partage d'expériences et des connaissances.*

C'était à la prise de fonction, c'est tout. Il n'y a en a plus eu après. Quelque part on apprend sur le tas ».

ENT9. « Oui, différentes formations sur les terrains. En qualité de manager j'ai eu des formations sur l'encadrement des pôles. C'est encore à consolider. Je vais bientôt partir. Je ne serai pas remplacée. Je suis à la fois cadre de pôle et cadre de proximité en radio et en bio-nettoyage ».

ENT12. « *Oui, plusieurs formations. Un master 2 de management des établissements. Notre direction de soin a voulu qu'on travaille sur le projet managérial vis-à-vis de nos équipes.*

.

On a eu d'autres formations avec d'autres collègues de 2 ou 3 jours chaque fois en lien avec le projet managérial qui faisait partie du projet d'établissement.

Pas spécialement à ma prise de fonction, non ! ».

ENT30. « J'ai eu une fois la formation sur le pilotage d'un service d'imagerie. Cette formation concernait à la fois la gestion des secrétariats mais aussi les postes de manipulateurs. Comment optimiser ces différents postes de travail ».

Par contre, d'autres ont indiqué qu'il leur fallait plus de formation en termes de contenu.

ENT11. « La formation n'est pas suffisante. A mon avis il aurait fallu plus. De fait, j'aurais eu besoin d'approfondissement. C'est ce que j'ai demandé pour l'année prochaine ».

V.1.2.4. La motivation

V.1.2.4.1. Implication des cadres de santé de pôles

Toutes les personnes interrogées ont qualifié leur implication de complète. Les cadres de santé de pôles ne comptent pas leurs heures. Nous pouvons dire que nous sommes ici dans la théorie des attentes de Vroom.

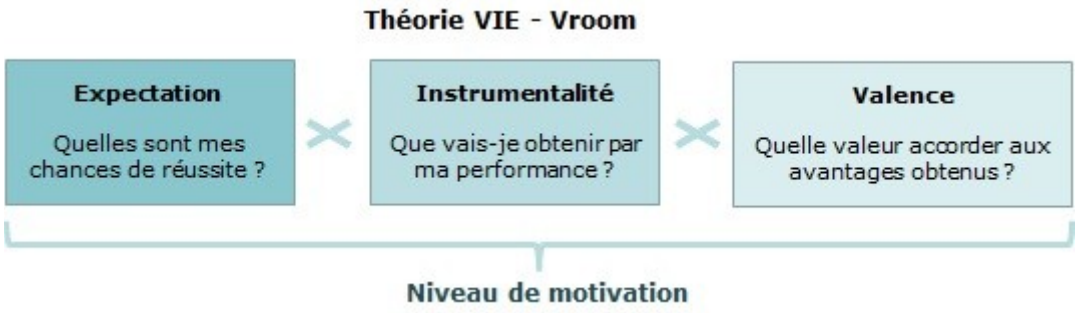
« En travaillant sur la théorie des attentes[63], Victor Vroom soulignait le fait qu'un individu dans l'attente d'un résultat donné et en fonction de l'intérêt qu'il accorde à ce résultat compte tenu de ses propres objectifs »[64]. Cette théorie est basée sur « VIE : valence, instrumentalité, expectation ».

« La théorie de Vroom, contrairement à Maslow et Herzberg ne se focalise pas sur les besoins, mais relie la motivation d'un individu à ses attentes et les chances qu'il possède de

63 C'est une théorie cognitive de la motivation. Théorie VIE de Vroom, 30 juin 2009 par Alain dans Management : management des projets, management des équipes.
64 Amplitude : générer confiance et agilité. Motivation et implication, comment motiver autrement que par le salaire.

les atteindre. La motivation est vue comme une force déterminée par trois facteurs qui se combineraient de façon multiplicative»(Ibid).

Figure 27 : la théorie de VIE de Vroom sur la motivation (Alain, juin 2009)



« L'expectation : c'est la réponse à la question « Suis-je capable de ? » « Quelles sont mes chances de réussite ? ». La motivation dépend de la confiance qu'à l'individu dans ses capacités à atteindre l'objectif.

L'instrumentation : c'est la réponse à la question « Que vais-je obtenir par ma performance ? ». La motivation dépend du niveau de récompense obtenue par l'effort.

La valence : c'est la réponse à la question « quelle valeur accorder aux avantages obtenus ? ». La motivation dépend de la valeur attribuée à la récompense par l'individu » (Ibid).

ENT12. « *Le temps que je consacre c'est de 8h à 19h30, parce que je suis quelqu'un d'investi. Mon seul raisonnement, c'est de faire que les patients soient satisfaits. L'objectif est que le patient et les professionnels soient satisfaits. On parle de QVT, qualité de vie au travail. Ça veut bien dire ce que ça veut dire ! ».*

Dans la grande majorité, on a constaté que ceux qui s'épanouissent dans ce travail d'encadrement sont ceux à qui la direction des soins a accordé une place importante, une reconnaissance, les considérant comme des véritables « collaborateurs ».

.

ENT1. « Enfin le degré d'implication, je dirais qu'il est total dans la mesure où effectivement on a une direction des soins qui est très ouverte et très à l'écoute de l'encadrement supérieur et l'encadrement de proximité, où il y a énormément de communication. On est vraiment considéré comme des collaborateurs ».

Les cadres de santé de pôle contribuent à la gestion quotidienne de la proximité en assistant les cadres de santé de proximité, surtout quand ces derniers rencontrent quelques difficultés.

ENT2. « Mon degré d'implication, il est plutôt important. Je gère au quotidien quand-même, je suis quand-même pas mal dans la gestion quotidienne des cadres de santé de proximité, quand elles sont en difficulté, la gestion du personnel. Je gère avec elles quand elles sont en difficulté sur le terrain ».

V.1.2.4.2. Les freins

Cette implication se heurte bien souvent aux injonctions paradoxales venant de la part de ses supérieurs hiérarchiques. Il faut reconnaître que les injonctions paradoxales mettent sous tension les cadres de santé de pôles. Elles sont contraires aux objectifs poursuivis par l'encadrement de pôle. « Elles se définissent[65]comme étant des « ordres comportant en leur sein une contradiction telle que ceux à qui ils s'adressent n'ont aucune possibilité d'y répondre avec satisfaction » selon Jean-Marc Stébé, docteur en Sociologie et professeur de cette même matière à l'Université Lorraine. Pour faire simple, il s'agit de toutes les actions qu'un individu est prié de réaliser mais qui s'avèrent être antinomiques, contradictoires. Ces actions répondent à des logiques différentes ».

« En réalité, c'est le besoin de concilier de nombreuses contraintes qui oblige le management à ce « et en même temps » générateur de paradoxes.

65http//www.rhquivousveutdubien.com

Alors, ce qui apparaît comme une incohérence managériale révèle une pression pour concilier des intérêts divergents (ou exigences divergentes) ; risque et sécurité, performance et bien être, etc. Ainsi, le manager est lui-même pris dans des injonctions paradoxales : « obtiens le maximum de ton équipe, mais ne les pousse pas au burn-out ; assure une productivité maximale, avec une qualité maximale ».

Le pire, c'est que l'on ne relève plus le paradoxe. « Faire plus avec moins » est devenu presque naturel. Moins de moyens, d'effectifs, mais une croissance nécessaire.

A ne plus les relever, nous laissons les injonctions paradoxales s'installer dans le quotidien » (Aubry, 2019).

Cette analyse d'Aubry vient donc confirmer que le manque des moyens peut constituer un frein au bon déroulement des actions, non seulement des cadres de santé de pôles mais plus généralement de tous les managers de toutes les entreprises.

ENT12. « Injonctions paradoxales ? Oui pendant le Covid, portez les masques, n'en portez plus. On en a tous les jours ».

ENT5. « Les injonctions, ah oui en permanence. Par exemple on nous demande de faire des économies et augmenter la qualité du service. Au bout d'un moment il y a une imprécision ».

ENT2. « On a un directeur qui a tendance à changer de feuille de route rapidement avant qu'on ait mis en place quoi que ce soit. On commence une réflexion et il a une autre idée puis on part sur une autre etc… ça c'est un frein, le fait de ne pas avoir une feuille de route claire définitive, ça peut être un frein parce que ça empêche d'avancer concrètement sur les projets. On a l'impression quand on a un projet, puis on le met de côté, puis on travaille un autre. Ne jamais aller au bout d'un projet ».

ENT7. « Entraver, euh les moyens technologiques. Si les moyens technologiques ne sont pas à la hauteur, si on me coupe les moyens de communication, je suis foutue. Je peux rentrer chez moi, je n'aurai pas grand-chose à faire. Ça c'est certain. On est plus que dépendant de ces moyens de communication ».

.

V.1.2.5. Donner du sens

V.1.2.5.1. Communiquer et expliquer

Expliquer les tenants et les aboutissants d'un projet reste le moyen utilisé pour obtenir l'adhésion des équipes. Communiquer représente le quotidien des cadres de santé de pôles.

C'est de cette façon que nous pourrons « transformer l'incompréhension et l'angoisse en confiance : lorsque les gens sont convaincus que quelque chose doit évoluer, ils collaborent au changement. Ils s'impliquent dans celui-ci parce qu'il touche à leurs valeurs et à leurs convictions. Il est dès lors plus que jamais nécessaire de communiquer »[66].

ENT7. « Explication, communication, transmission. Si on veut que les gens adhèrent aux projets il faut communiquer, il faut expliquer. Le fait d'imposer les choses ne donne pas des résultats attendus. Si on ne communique pas sur le pourquoi, les choses ne suivent pas. Une fois t'a compris ça tu essaies de mettre en place certaines choses ».

ENT8. « Par la communication. J'ai aussi le concours des référents qui m'aident à l'appropriation des projets par mes équipes. En tout cas, il faut expliquer les tenants et les aboutissants du projet, leur faire comprendre que si on fait ça c'est pour les patients mais aussi pour eux. Et surtout il faut qu'il y ait des moyens matériels et humains en place et qu'ils voient que vous aussi vous êtes impliqués ».

ENT10. « La communication est fondamentale, on explique le contexte, les objectifs et le contrôle des projets. J'adapte ma façon de manager en fonction de contexte. Être à l'écoute. Les cadres ont besoin de travailler seuls. Les jeunes cadres, on les accompagne. Le respect, j'espère qu'en retour ils me respectent aussi ».

ENT9. « Je suis très communicante. C'est la communication dans un premier temps, l'aide des référents. Ça dépend du dimensionnement du projet ».

66 Tomek Joos, communication du changement : comment obtenir l'adhésion de tous, août 2019.

V.1.2.5.2. Les réunions de service

Les réunions ont toujours permis à chacun dans des équipes de donner son opinion, de faire des propositions dans la mise en place des projets.

ENT13. « Des réunions, je distribue les tâches. Je leur donne des responsabilités sur les points qu'ils voudraient travailler avec un calendrier ».

ENT5. « On commençait déjà avec des réunions avec l'encadrement du pôle de façon hebdomadaire. J'allais dans les équipes pour expliquer les actions à mener. Exemple la création d'un nouveau service mobile psychiatrique qui doit être développé au niveau départemental avec des créations des postes ».

ENT1. « Au niveau du pôle nous avions des réunions mensuelles, des bureaux de pôles où il y a tous les responsables de services : le chef de pôle et l'ensemble de l'encadrement supérieur et de proximité une fois par mois. Donc ces bureaux de pôles permettent de communiquer ».

ENT6. « On essaie au maximum de faire des réunions d'informations sur les projets. Beaucoup de présence de cadres de proximité qui m'aident ».

V.1.2.6. L'avenir du cadre de santé de pôle

V.1.2.6.1. Les filières de soins

Nous pouvons rappeler ici la définition d'une filière de soins. « Une filière des soins est un mode de prise en charge médicalisée et financière du patient, qui organise la trajectoire du patient dans le système de soins pour faciliter l'accès aux soins et en assurer la continuité »[67]

Le devenir du cadre de santé de pôle a suscité beaucoup d'interrogations. Certains trouvent dans le cadre de santé de pôle de demain un espoir. Pour eux, il sera l'interlocuteur privilégié dans l'établissement; celui qui va s'occuper des filières de soins.

Il convient de rappeler que la filière de soins est une trajectoire de soins pour la prise en charge d'une pathologie. Il peut s'agir de la prise en charge d'une pathologie cardiaque,

67 http//th-roussel.fr, les-soins, filières –de- soins

d'hypertension, de diabète… La filière de soins doit permettre une meilleure visibilité en matière d'offre de soins et faciliter l'orientation du patient par son médecin traitant vers les centres hospitaliers. D'aucuns pensent que le cadre de pôle de demain sera plutôt un gestionnaire économique et en même temps sera une vitrine extérieure.

ENT27. « Il va accorder une place importante dans les filières de soins au niveau du GHT. Je pense qu'il sera la personne qui va s'occuper de filière de soins. Il faut faire la distinction entre la filière qui est liée à l'individu et le parcours de soin était lié à l'hôpital. Dans tous les cas, le cadre de pôle demain sera spécialisé dans l'un ou l'autre domaine. Je veux dire dans la filière de soins ou le parcours de soins ».

ENT1. « Le cadre de pôle aura une place importante dans la gouvernance de l'hôpital. Les cadres de pôles vont s'occuper de filières des soins au niveau des GHT, etc… ».

ENT2. « Coordonner tel ou tel établissement, gérer, les AVC, de la traumatologie, des filières de soins par territoire ».

ENT13. « Ses missions je le vois par filière, par parcours patients, par patient traceur. Parce que ça a un début et une fin. Il y a une logique, en tout cas pour moi. Ça un sens pour nous les soignants ».

ENT12. « D'aucuns l'assimilent au pompier. *Aujourd'hui je suis capable de vous dire que le cadre de pôle est le capitaine des pompiers ».*

Si certains lui attribuent un rôle important dans l'avenir, d'autres ne lui trouvent aucune perspective.

ENT29. « Il aura un rôle transversal. C'est ce qu'il fait maintenant. Je pense que cela va s'accroître avec l'élargissement des périmètres. Pourquoi ne pas penser qu'il va s'atteler aux filières de soins ? ».

ENT21. « Je pense qu'il n'en aura pas. Il va disparaître. L'institution ne le reconnaît pas.

Je ne sais pas si demain il y en aura encore. Peut-être il sera fort des propositions dans l'organisation de l'hôpital de demain ».

.

ENT30. « Je pense qu'il sera incontournable. Il sera pour la direction ce que l'interne est pour son senior. Il sera l'homme à tout faire, que ce soit en interne ou en à l'extérieur. Il s'occupera entre autres des filières, des parcours patients ».

V.1.2.6.2. Le parcours de soins

« Aujourd'hui le parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux. Ceci nécessite une évolution assez majeure de notre système de santé pour réunir la prévention, soins, suivi médico-social voire social »[68]

Le cadre de santé de pôle s'occupera du parcours patient au sein de l'établissement, voire au niveau du territoire. En réalité il faut aujourd'hui cesser de raisonner en termes de secteur : soins hospitaliers, soins de ville. Le parcours patient doit pouvoir gommer toutes ces imperfections et devrait se définir comme une prise en charge du patient de manière globale, structurée et continue. Il me semble que c'est l'enjeu du cadre de santé de pôle de demain.

ENT30. « Je pense qu'il sera incontournable. Il sera pour la direction ce que l'interne est pour son senior. Il sera l'homme à tout faire, que ce soit en interne ou en à l'extérieur. Il s'occupera entre autres des filières, des parcours patients. Mais ça sera difficile pour lui si on ne lui donne pas les moyens pour être plus autonome ».

ENT13. « Ses missions je le vois par filière, par parcours patients, par patient traceur. Parce que ça a un début et une fin. Il y a une logique, en tout cas pour moi. Ça un sens pour nous les soignants ».

ENT2. « Dans le GHT, les cadres de pôles devront gérer, outre le volet économique, je pense que le cadre de pôle devrait travailler sur les parcours de soins sur les territoires…

ENT20. « Aucune vision dans le GHT. La problématique du CHU est que rien ne se passe en dehors du CHU. On n'est pas le centre du monde dans un CHU. On est dans les filières de patients, dans le parcours patient ».

68 https://solidarites-santé-gouv.fr, parcours-des-patients-et-

.

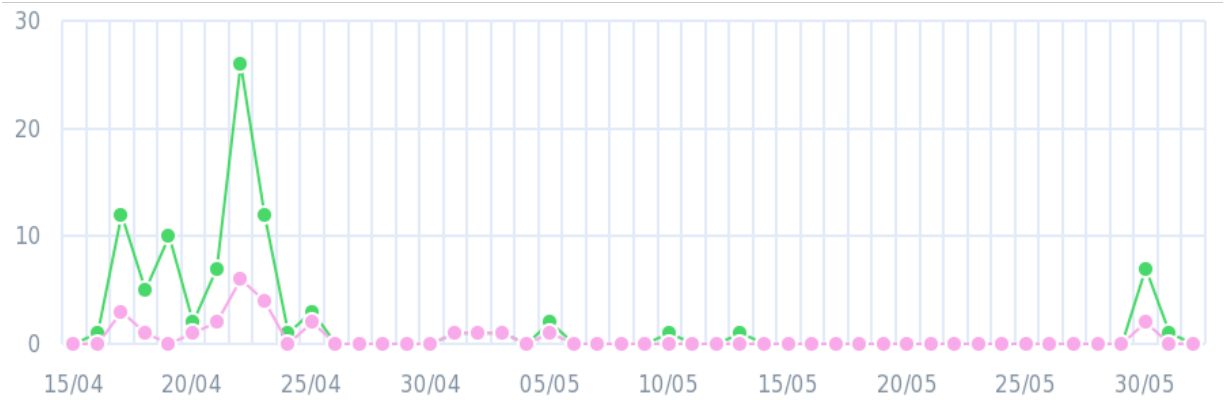
V.1.3 Résultats et analyse de l 'approche quantitative

L'échelle de Likert[69]est un outil qui permet aux répondeurs d'un questionnaire prospectif de pouvoir exprimer leurs degrés d'accord ou de désaccord sur un sujet donné.

V.1.3.1. Statistique de visites : questionnaire réalisé grâce au logiciel Survio

94	25	0	69	26,6%
Nombre de visites	Questionnaires complets	Questionnaires incomplets	Seulement affiché	Taux de remplissage

V.1.3.2. Historique des visites 17 Avril 2022 - 30 Mai 2022

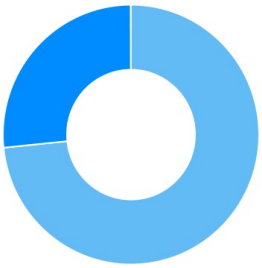


Nombre de visiteurs(9)[70] Complet(25)

Figure 28 : nombre total de personnes ayant répondu au questionnaire prospectif

Nombre total de visites Sources des visites Durée de réalisation

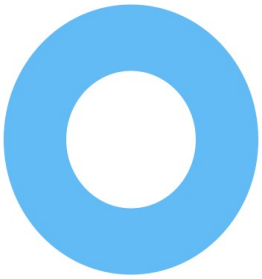
69 Histoire de l'échelle de Likert, drag'n survey, 2021
70 Le questionnaire prospectif était également en ligne sur Facebook



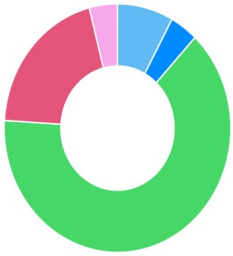
Seulement affiché (73,4%)

Complet (26,6%)

Incomplet (0,0%)



Lien direct (100,0%)



2-5 min. (8,0%)

5-10 min. (4,0%)

10-30 min. (64,0%)

30-60 min. (20,0%)

>60 min. (4,0%)

.

1. Les principales mutations liées à l'environnement professionnel.

Demain le cadre de santé de pôle saura faire face à de nouvelles mutations internes et externes.

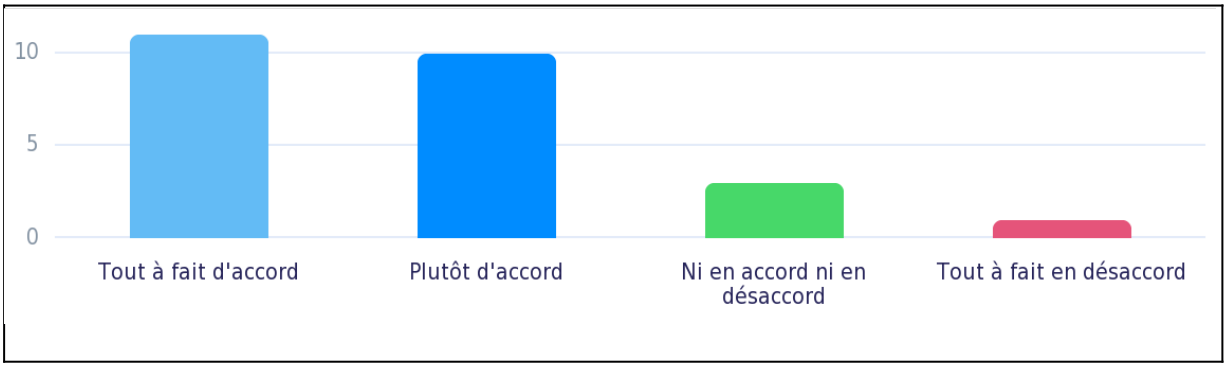


Figure 29 : répartition des avis de la première question

Tout à fait d'accord	11	44,0%
Plutôt d'accord	10	40,0%
Ni en accord ni en désaccord	3	12,0%
Tout à fait en désaccord	1	4,0%

Tableau 10 : le cadre de santé de pôle saura faire face à de nouvelles mutations internes et externes.

« Demain le cadre de santé de pôle saura faire face à de nouvelles mutations internes et externes » a recueilli 84 % d'avis positifs. Les personnes interrogées font entièrement confiance à la capacité des cadres de santé de pôles à faire face demain si les problématiques des mutations se posaient à nouveau.

Les mutations internes et externes au sein des établissements de santé peuvent générer des problématiques de ressources humaines dans une organisation hospitalière déjà difficile.

Il est tout à fait logique que le cadre de santé de pôle s'investisse davantage en cas de nouvelles séquences de mutations. Il ne faudrait pas oublier qu'il en va de la sécurité de soins.

Tableau 11 : modèle d'impact sur l'organisation des soins (Vincent, 2003)

Niveau	Facteur
Institution	Régulation et environnement médico-légal
Organisation et management	Ressources et contraintes financières Politique et buts Culture sécurité
Environnement du travail	Densité et qualification du personnel Charge de travail et planning Équipement (indisponibilité, maintenance) Support administratif et logistique
Équipe	Communication verbale et écrite Supervision propension à chercher de l'aide Animation d'équipe

.

2. Les principales mutations liées à l'environnement professionnel.

Demain, le cadre de santé saura faire face à des nouvelles crises sanitaires

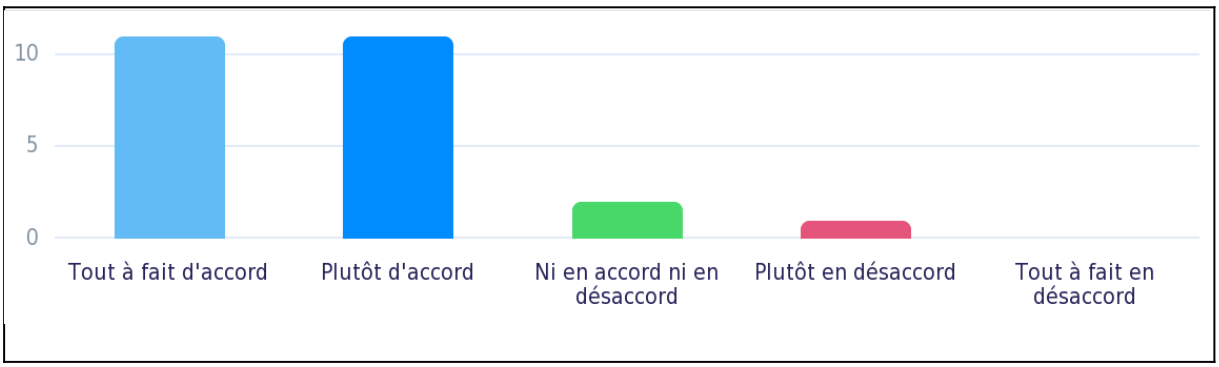


Figure 30 : répartition des avis de la 2ème question

Tout à fait d'accord	11	44,0%
Plutôt d'accord	11	44,0%
Ni en accord ni en désaccord	2	8,0%
Plutôt en désaccord	1	4,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 12 : le cadre de santé saura faire face à des nouvelles crises sanitaires

Cette deuxième question donne pratiquement les mêmes résultats que la première avec 88 % de réponses positives. Nous en déduisons que les cadres de santé de pôles ont la confiance des personnes interrogées pour faire face à des nouvelles crises sanitaires.

Aujourd'hui, nous avons le virus de la variole du singe qui circule rapidement et responsable de quelques décès. Devrions-on avoir peur d'une nouvelle crise sanitaire ?

Dans tous les cas les pouvoirs publics au travers de son système de santé ont pris les choses en main en assurant son rôle préventif par la vaccination de la population à risque.

L'hôpital et son encadrement sont mis en alerte de façon à contrecarrer l'éventualité de la propagation du virus. En tout cas tout est fait pour la protection des populations les plus exposées.

.

3. Les principales mutations liées à l'environnement professionnel.

Demain, la peur du changement amènera certains cadres de santé de pôle à opposer la refus de certaines restructurations.

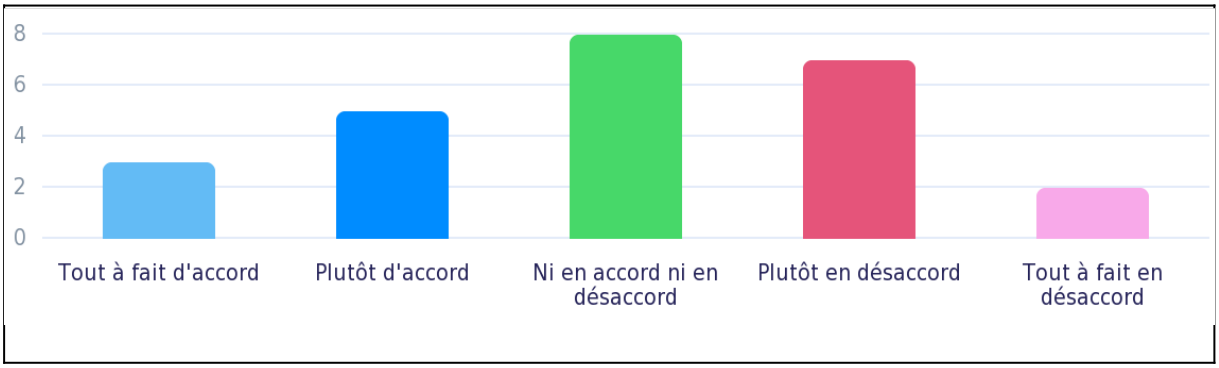


Figure 31 : répartition des avis de la 3ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	3	12,0%
Plutôt d'accord	5	20,0%
Ni en accord ni en désaccord	8	32,0%
Plutôt en désaccord	7	28,0%
Tout à fait en désaccord	2	8,0%

Tableau 13 : la peur du changement amènera certains cadres de santé de pôle à opposer la refus de certaines restructurations.

Les personnes interrogées ont répondu majoritairement (60%) en faveur d'un désaccord. Ils ne croient pas que demain les cadres de santé de pôles puissent opposer un quelconque refus lié aux restructurations ; ce qui montre quelque part que les personnes font confiance à l'encadrement de pôle pour participer aux restructurations futures. D'une certaine façon ces réponses témoignent de l'engagement des cadres de santé de pôles au sein de l'hôpital.

4. Les principales mutations liées à l'environnement professionnel.

Demain, le changement des équipes de direction freinera les projets déjà initiés

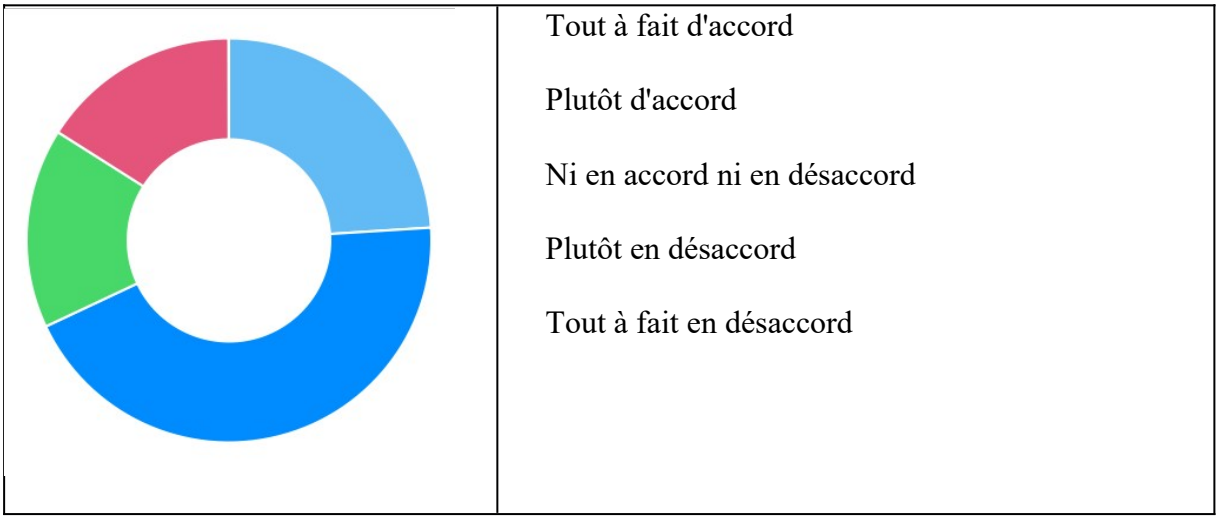


Figure 32 : répartition des avis de la 4ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	6	24,0%
Plutôt d'accord	11	44,0%
Ni en accord ni en désaccord	4	16,0%
Plutôt en désaccord	4	16,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 14 :le changement des équipes de direction freinera les projets déjà initiés

Le changement des équipes de direction pose souvent la problématique de la continuité des services et des projets.

.

Nous voyons dans cette réponse que les personnes interrogées sont plutôt d'accord que le changement de direction freinerait les projets déjà entamés ou programmés à 44 %. Ce qui pourrait être préjudiciable pour l'ensemble des acteurs de projets

.

5. Les principales mutations liées à l'environnement professionnel.

L'autonomie fera partie des conditions susceptibles de favoriser l'évolution des pratiques de cadre de santé de pôle.

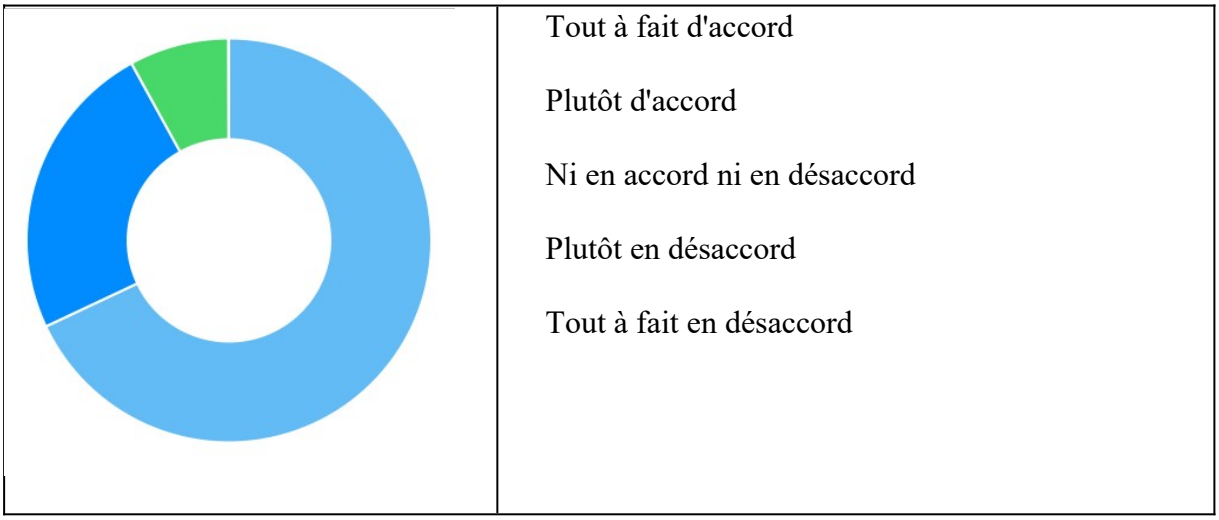


Figure 33 : répartition des avis de la 5ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	17	68,0%
Plutôt d'accord	6	24,0%
Ni en accord ni en désaccord	2	8,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 15 : réponses à l'affirmation sur l'autonomie

L'autonomie des cadres de santé de pôles est importante et ils y accordent plus d'importance. Ils ont répondu à 92 % « d'accord » ; ce qui montre leur attachement à travailler en autonomie, à prendre des initiatives dans le but d'améliorer les actions quotidiennes.

.

6. Les principales mutations liées à l'environnement professionnel.

Demain, le manque de moyens (matériels, financiers, RH) fera entrave aux fonctions de cadre de santé de pôle.

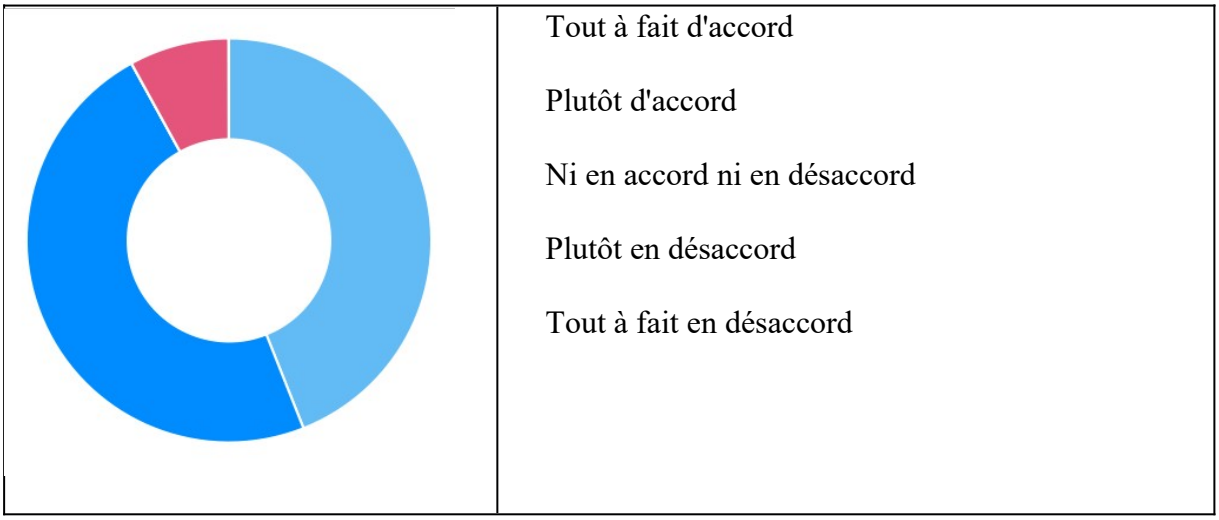


Figure 34 : répartition des avis de la 6ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	11	44,0%
Plutôt d'accord	12	48,0%
Ni en accord ni en désaccord	0	0,0%
Plutôt en désaccord	2	8,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 16 : le manque de moyens fera entrave aux fonctions de cadre de santé de pôle

Les personnes interrogées ont répondu « d'accord » à 92 %. Avec la crise sanitaire des effectifs ont connu une réduction drastique des soignants non vaccinés. C'est une décision qui a mis à mal les établissements de santé. Mais comment aurions-nous dû faire ? Ce qui est sûr c'est que sans effectif adéquat, la prise en charge des patients ne peut être adéquate.

.

7. Les principales mutations liées à l'environnement professionnel.

Demain, il sera question des compétences liées à la performance. Les cadres de santé de pôles pourront restructurer leurs pôles en réduisant les moyens.

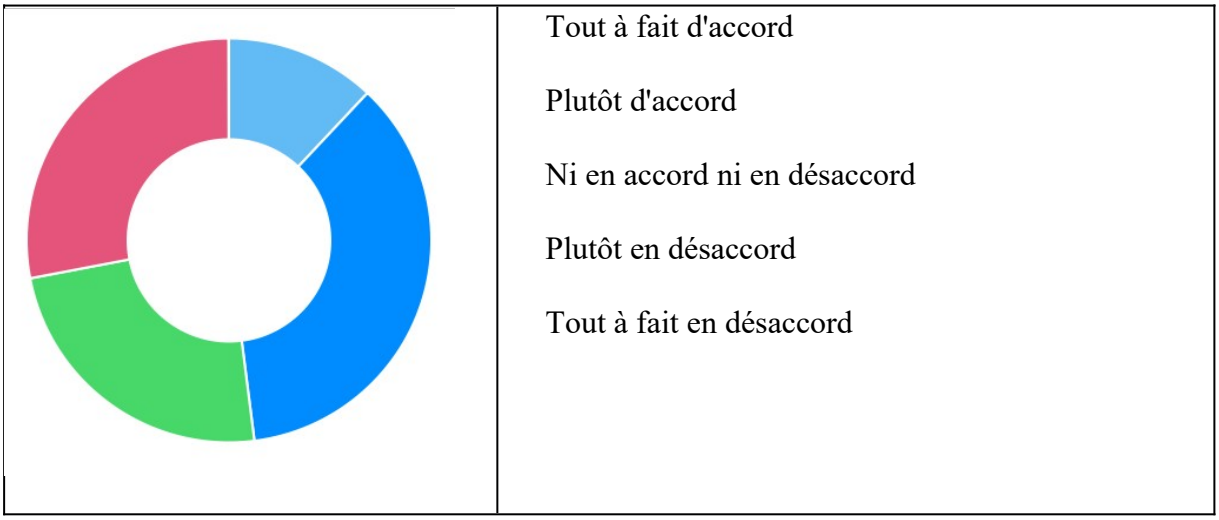


Figure 35 : répartition des avis de la 7ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	3	12,0%
Plutôt d'accord	9	36,0%
Ni en accord ni en désaccord	6	24,0%
Plutôt en désaccord	7	28,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 17 : réponses à l'affirmation selon laquelle les cadres de santé de pôles pourront restructurer leurs pôles en réduisant les moyens.

La réduction des moyens est une problématique récurrente. Les personnes interrogées ont répondu à 48 % d'accord contre 28 % de désaccord. Les cadres de pôles sont des exécutants.

.

8. Les principales mutations liées à l'environnement professionnel.

Une prochaine crise sanitaire occasionnera la modification des comportements du personnel ainsi que des organisations hospitalières

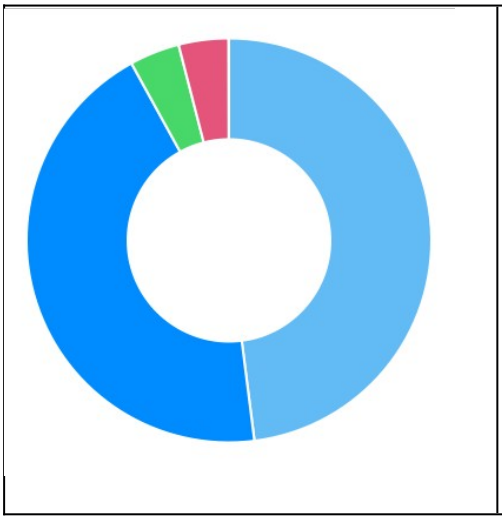


Figure 36 : répartition des avis de la 6ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	12	48,0%
Plutôt d'accord	11	44,0%
Ni en accord ni en désaccord	1	4,0%
Plutôt en désaccord	1	4,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 18 : réponses sur la crise sanitaire

Cette question a eu des réponses « tout à fait d'accord » à 48 % et « plutôt d'accord » à 44 %, soit un total de 92 % d'accord montrant que les prochaines crises sanitaires impliqueront des modifications de comportement tant au niveau des personnels que des organisations parce que tout le monde aura acquis une certaine expérience.

.

9. Les principales mutations liées à l'environnement professionnel.

Les cadres de santé de pôles auront peur qu'on leur impose la mobilité. Cela pourrait constituer un frein à l'évolution des pratiques.

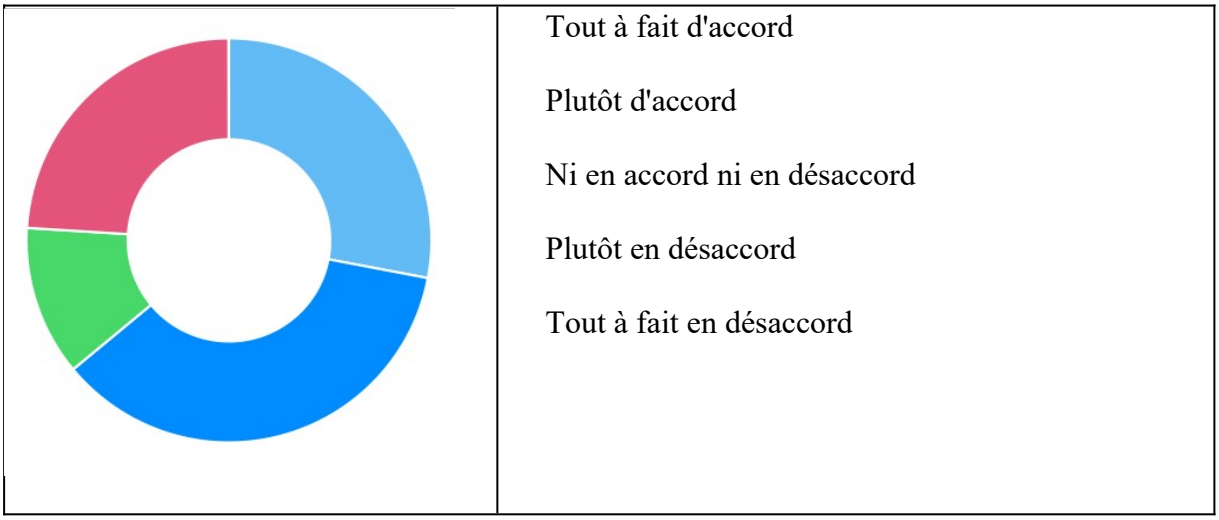


Figure 37 : répartition des avis de la 9ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	7	28,0%
Plutôt d'accord	9	36,0%
Ni en accord ni en désaccord	3	12,0%
Plutôt en désaccord	6	24,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 19 : réponses sur la mobilité et les pratiques

Certains cadres de santé de pôles ont peur de la mobilité parce que cela pourrait engendrer un blocage au niveau de l'évolution de leurs pratiques. Nous pensons qu'il s'agit juste de la peur du changement qu'un réel frein à l'évolution de leurs pratiques.

10. Stratégie managériale et expertise soignante.

Demain, dans son périmètre d'action le cadre de santé de pôle saura superviser et mettre les soignants qu'il faut à la place qu'il faut.

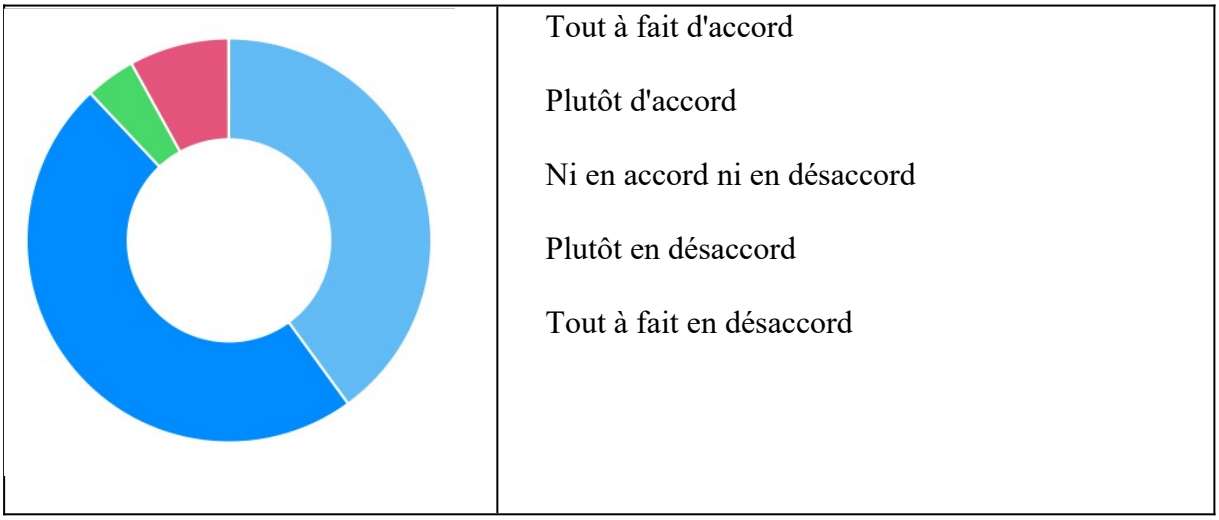


Figure 38 : répartition des avis de la 10ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	10	40,0%
Plutôt d'accord	12	48,0%
Ni en accord ni en désaccord	1	4,0%
Plutôt en désaccord	2	8,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 20 : réponses à l'affirmation selon laquelle le cadre de santé de pôle saura superviser et mettre les soignants qu'il faut à la place qu'il faut.

Le rôle de l'encadrement de pôle est d'assurer la supervision des équipes et de veiller à ce que chaque soignant soit à son poste. Les réponses ici sont positives à 88 %.

.

11. Stratégie managériale et expertise soignante.

Demain, l'expérience de terrain permettra au cadre de santé de pôle d'avoir une vue concrète, pragmatique.

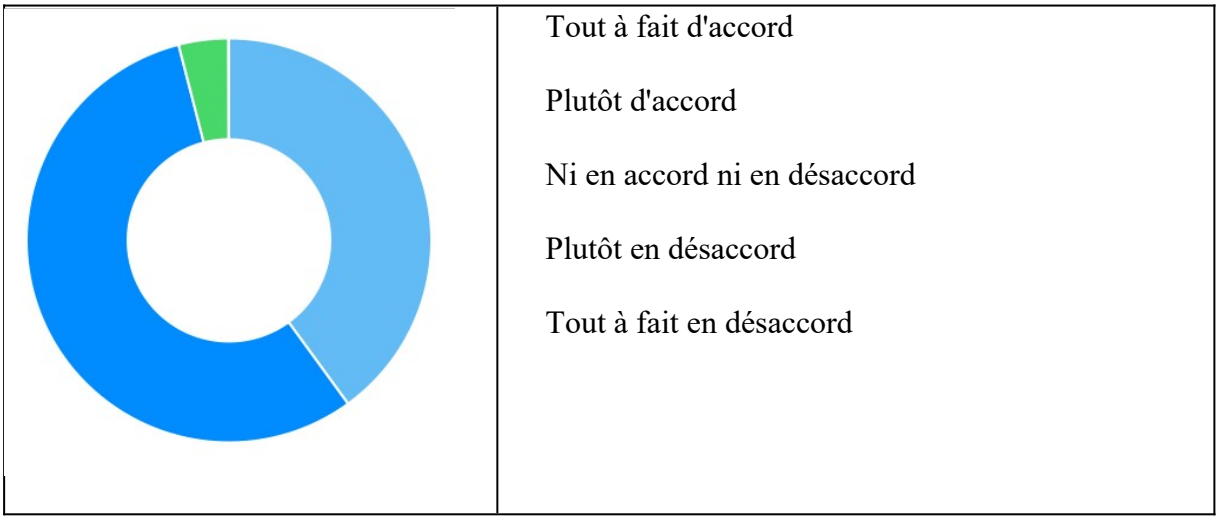


Figure 39 : répartition des avis de la 11ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	10	40,0%
Plutôt d'accord	14	56,0%
Ni en accord ni en désaccord	1	4,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 21 : réponses à l'affirmation sur l'expérience

Les personnes interrogées se sont prononcées majoritairement (96%) pour dire qu'elles sont d'accord que l'expérience de terrain permet d'avoir une vue concrète et pragmatique sur les problématiques du pôle. L'expérience permet surtout de mieux connaître les besoins de ses équipes et de répondre avec acuité.

.

12. Stratégie managériale et expertise soignante.

La connaissance du métier sera toujours un plus pour le cadre de santé de pôle. Mais elle ne sera pas indispensable.

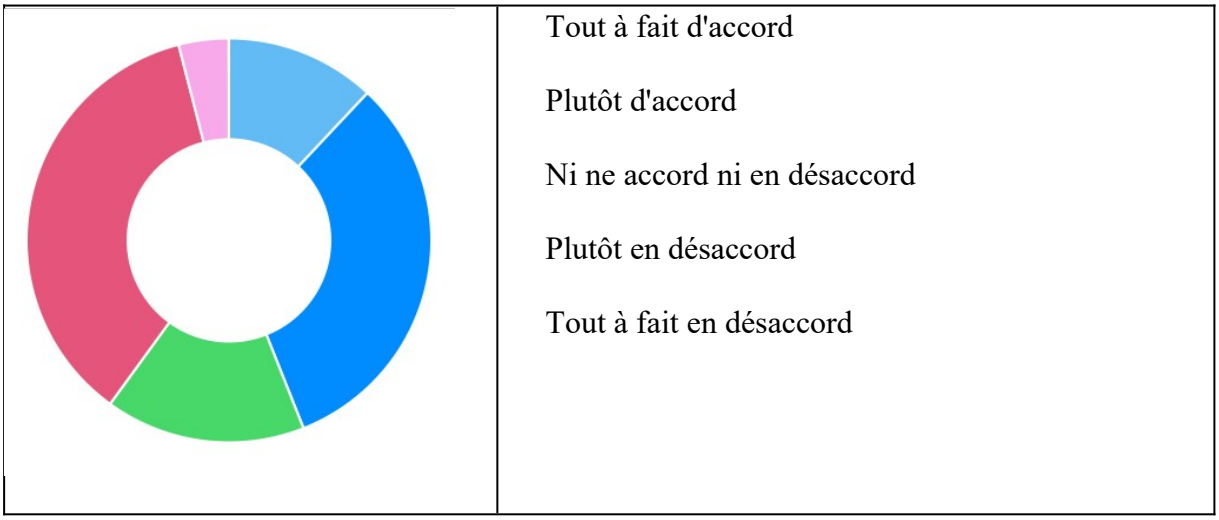


Figure 40 : répartition des avis de la 12ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	3	12,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni ne accord ni en désaccord	4	16,0%
Plutôt en désaccord	9	36,0%
Tout à fait en désaccord	1	4,0%

Tableau 22 : réponses à l'affirmation sur la nécessité d'avoir des connaissances du métier

Les réponses sont partagées entre celles qui sont « plutôt d'accord » et celles qui sont « plutôt en désaccord ». La connaissance du métier, des spécialités du pôle, peut être nécessaire, indispensable pour certains interviewés alors qu'elle ne l'est pas pour d'autres.

.

13. Stratégie managériale et expertise soignante.

La connaissance de l'encadrement de proximité apportera au cadre de santé de pôle une aide à la compréhension des problématiques auxquelles il sera confronté : absentéisme, les projets...

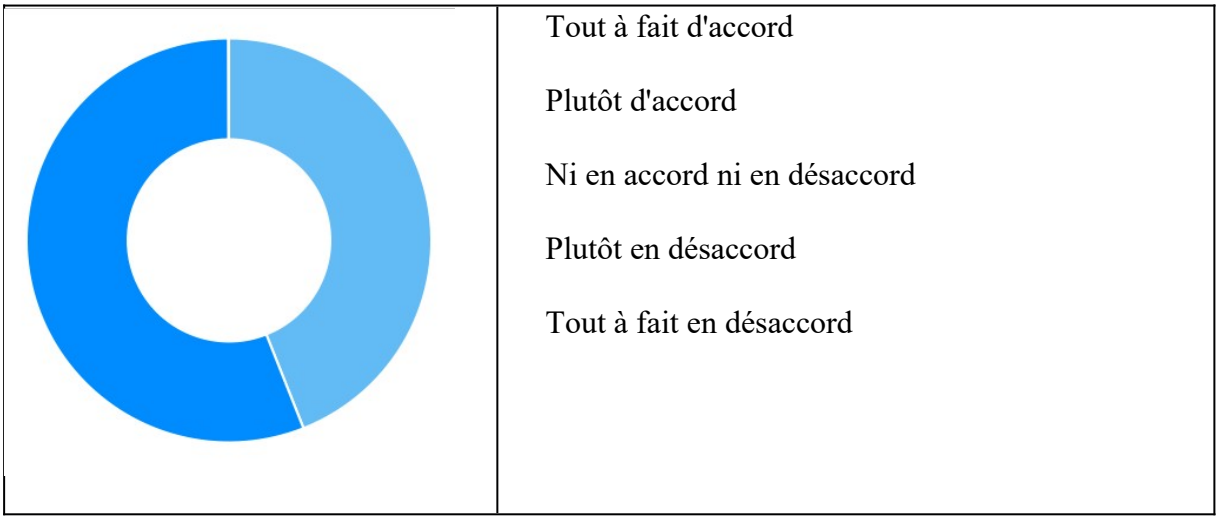


Figure 41 : répartition des avis de la 13ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	11	44,0%
Plutôt d'accord	14	56,0%
Ni en accord ni en désaccord	0	0,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 23 : réponses à l'affirmation sur la gestion globale des équipes

Les réponses montrent à 100 % que les personnes interrogées sont d'une part « tout à fait d'accord » à 44 % et « plutôt d'accord à 56 %. C'est pourquoi il n'est pas bon d'être nommé cadre de santé de pôle alors qu'on a été quelques mois seulement cadre de santé de proximité. En un mot, il ne faut pas brûler les étapes, il faut une certaine maturation expérimentale.

.

14. Stratégie managériale et expertise soignante.

La fonction de cadre de santé de pôle devra se libérer des missions de cadre de santé de proximité.

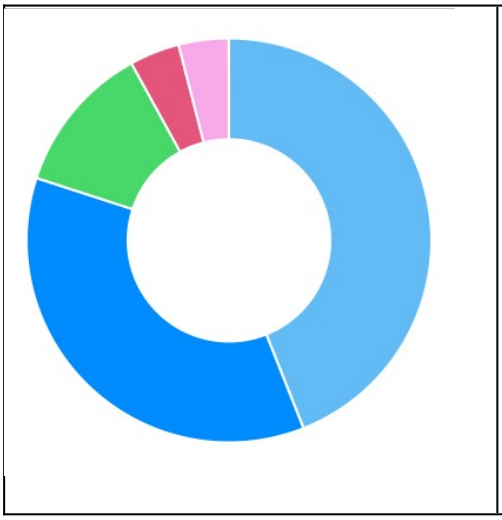


Figure 42 : répartition des avis de la 14ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	11	44,0%
Plutôt d'accord	9	36,0%
Ni en accord ni en désaccord	3	12,0%
Plutôt en désaccord	1	4,0%
Tout à fait en désaccord	1	4,0%

Tableau 24 : le cadre de santé de pôle devra se libérer des missions de proximité.

A 80 % les personnes interrogées sont d'accord que le cadre de santé de pôle puisse se libérer des contraintes de l'encadrement de proximité. On peut admettre que le cadre de santé de pôle puisse s'occuper de l'encadrement d'un service, mais seulement dans l'attente du recrutement du cadre de santé de proximité du service.

.

15. Stratégie managériale et expertise soignante.

Demain, il existera une tension entre les fonctions de cadre de santé de pôle et celles du cadre de santé de proximité.

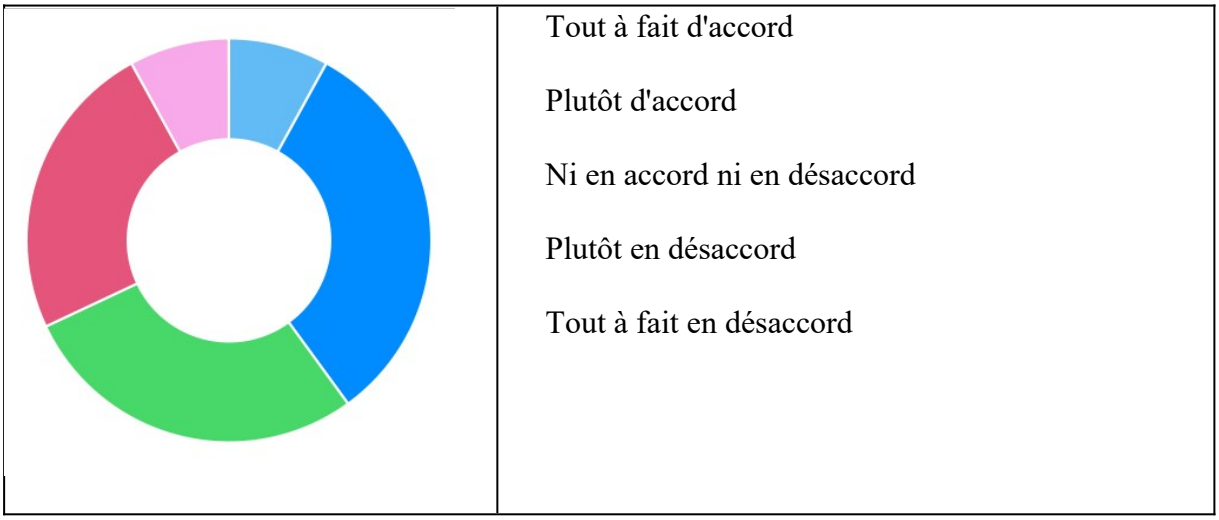


Figure 43 : répartition des avis de la 15ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	2	8,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	7	28,0%
Plutôt en désaccord	6	24,0%
Tout à fait en désaccord	2	8,0%

Tableau 25 : la tension sur les fonctions de cadre de santé de pôle et du cadre de proximité

Une tension pourrait exister pour des raisons qu'on a évoquées plus haut, à savoir qu'il n'est pas recommandé qu'un cadre de santé de pôle occupe aussi les fonctions de proximité. Les résultats sont dispersés. Il est important de remarquer qu'il y a eu 7 réponses qui ne se sont pas déterminées (ni en accord ni en désaccord à 28 %).

.

16. Stratégie managériale et expertise soignante.

Etre un cadre de santé de pôle et en même temps cadre de santé de proximité ne sera pas gênant.

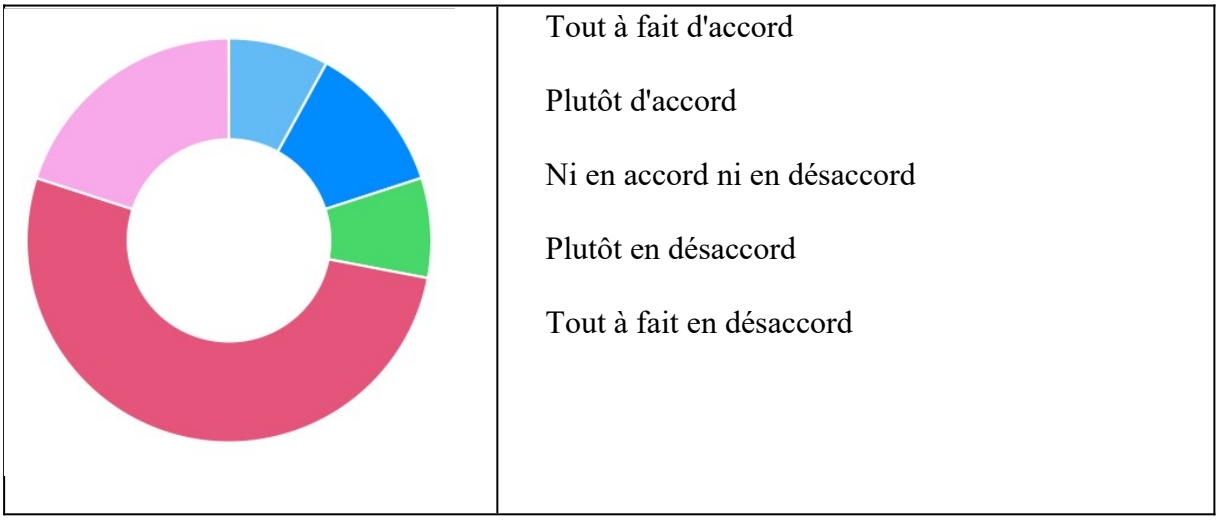


Figure 44 : répartition des avis de la 16ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	2	8,0%
Plutôt d'accord	3	12,0%
Ni en accord ni en désaccord	2	8,0%
Plutôt en désaccord	13	52,0%
Tout à fait en désaccord	5	20,0%

Tableau 26 : être cadre de santé de pôle et cadre de santé de proximité ne sera pas gênant.

Il est clair ici qu'être cadre de santé de pôle et en même temps cadre de santé de proximité n'est pas du tout compatible. Les résultats le montrent à 72 %.

17. Stratégie managériale et expertise soignante.

L'obligation d'avoir une expertise soignante pour le cadre de santé de pôle ne sera pas nécessaire.

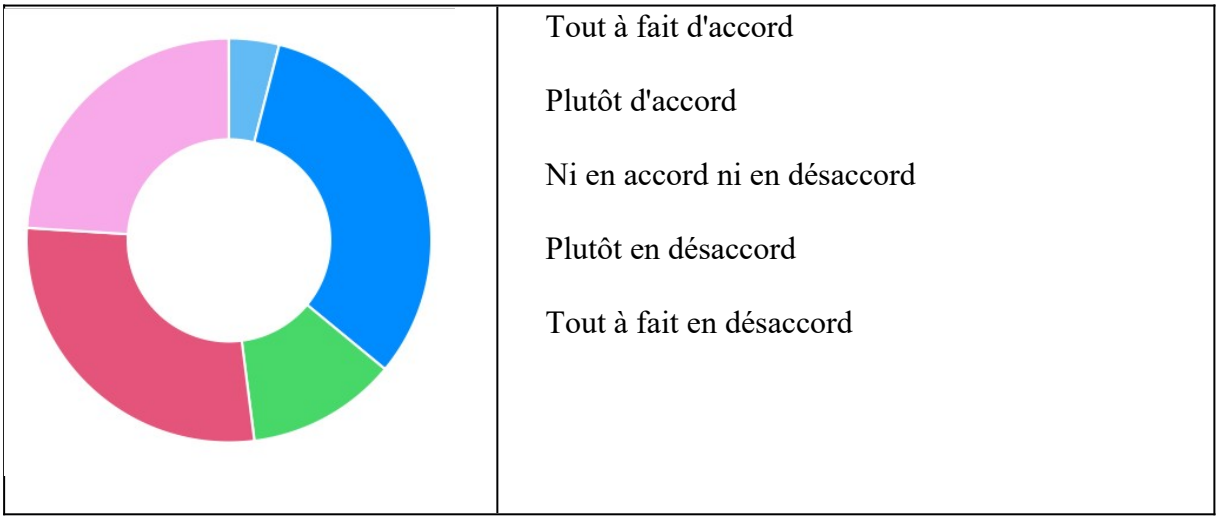


Figure 45 : répartition des avis de la 17ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	1	4,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	3	12,0%
Plutôt en désaccord	7	28,0%
Tout à fait en désaccord	6	24,0%

Tableau 27 : l'obligation d'avoir une expertise soignante pour le cadre de santé de pôle ne sera pas nécessaire.

Les résultats négatifs sont à 52 %. Ceux qui sont d'accord ne représentent que 36 %. Nous sommes ici plus dans les fonctions de gestion que du management.

.

18. Stratégie managériale et expertise soignante.

Demain, le cadre de santé de pôle participera à la gestion des lits.

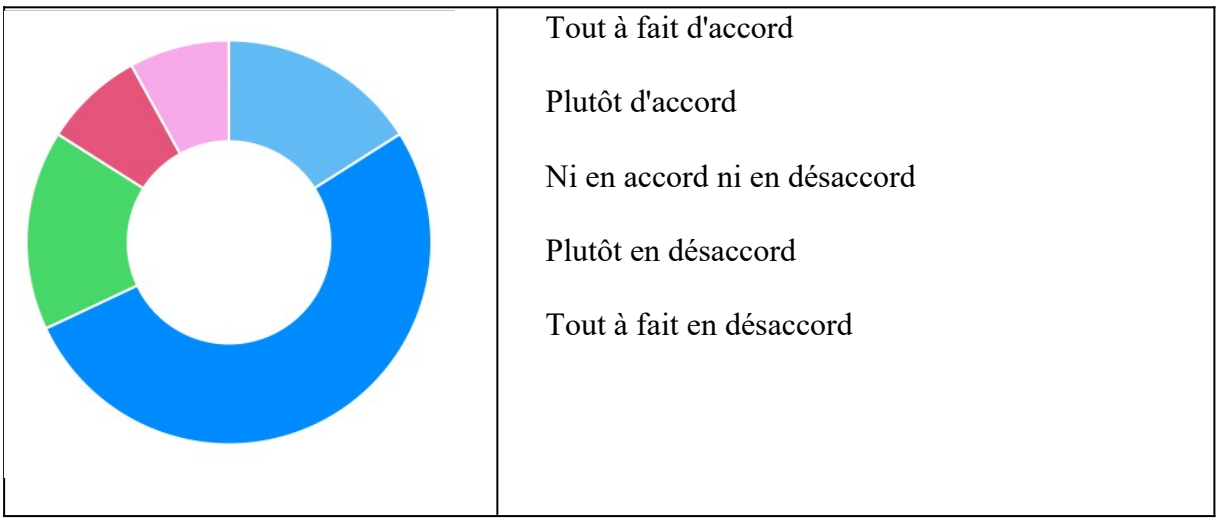


Figure 46 : répartition des avis de la 18ème question sur la gestion des lits

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	4	16,0%
Plutôt d'accord	13	52,0%
Ni en accord ni en désaccord	4	16,0%
Plutôt en désaccord	2	8,0%
Tout à fait en désaccord	2	8,0%

Tableau 28 : réponses en lien avec avec la participation du cadre de pôle à la gestion des lits

L'enquête montre que la participation des cadres de santé de pôles à la gestion des lits est à 68 % comparativement au désaccord qui est seulement de 16 %. Selon les établissements, le cadre de santé de pôle peut être accompagné dans cette mission par un cadre de santé de proximité. La gestion des lits est une activité qui exige une vision transversale.

.

19. Stratégie managériale et expertise soignante.

Le cadre de santé de pôle s'occupera de la gestion de son pôle dans la globalité.

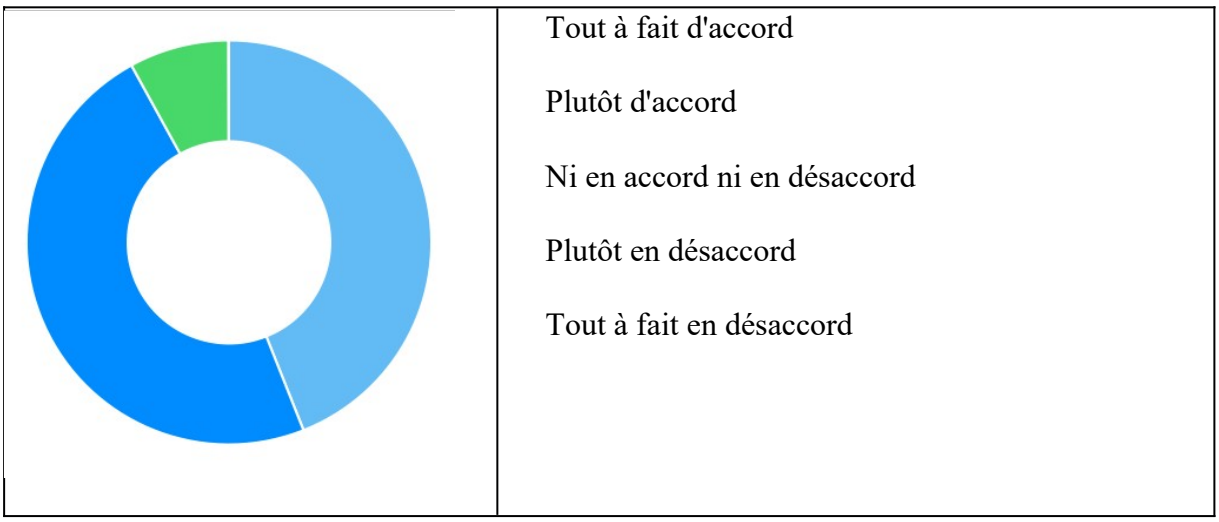


Figure 47 : répartition des avis de la 19ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	11	44,0%
Plutôt d'accord	12	48,0%
Ni en accord ni en désaccord	2	8,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 29 : réponses à l'affirmation selon le cadre de santé de pôle s'occupera de la gestion de son pôle dans la globalité.

On n'a pas besoin de commentaire car les résultats sont éloquents. Les réponses sont claires car la gestion du pôle reste dans les prérogatives du cadre de santé de pôle (92%).

20. Stratégie managériale et expertise soignante.

Demain, des réunions mensuelles de pôle permettront la communication au sein des équipes.

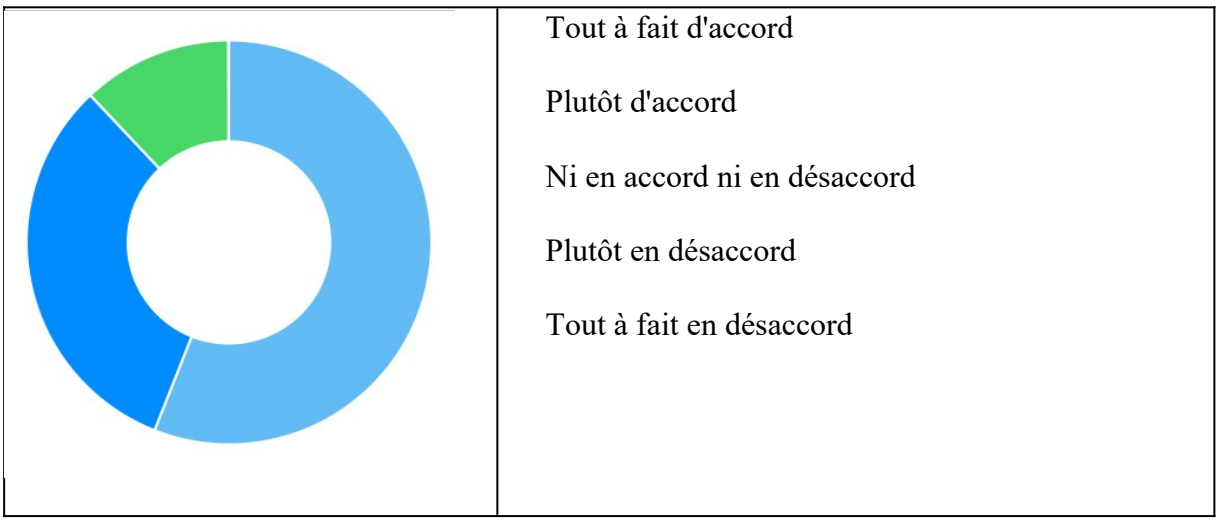


Figure 48 : répartition des avis de la 20ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	14	56,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	3	12,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 30 : les réunions mensuelles de pôle permettront la communication au sein des équipes

On voit dans ces réponses que les réunions restent le levier important de la communication (88%). Elles peuvent s'accompagner d'autres supports comme la visioconférence, le papier, les mails...

.

21. Stratégie managériale et expertise soignante.

Les rencontres des pôles consolideront les relations entre les équipes.

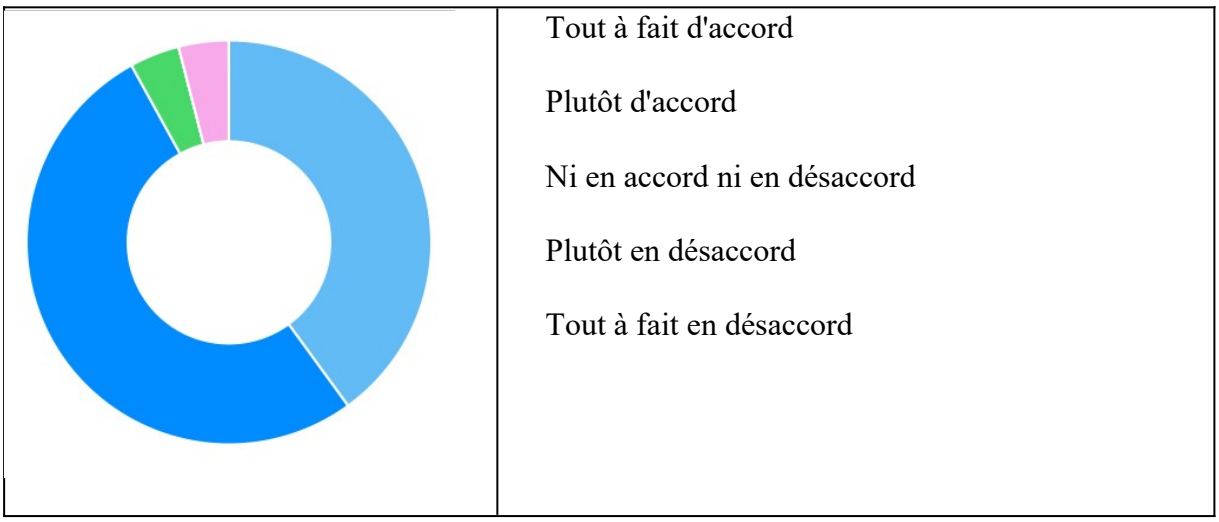


Figure 49 : répartition des avis de la 21ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	10	40,0%
Plutôt d'accord	13	52,0%
Ni en accord ni en désaccord	1	4,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	1	4,0%

Tableau 31 : réponses sur la nécessité des rencontres de pôles pour consolider les équipes

Les rencontres de pôles consolideront les relations entre les équipes à 92 %. Les réunions de services ou de pôles, les réunions avec la direction de soins, les séminaires font partie de ces rencontres qui doivent raffermir les liens entre les équipes.

22. Stratégie managériale et expertise soignante.

Certains cadres de santé de pôles auront toujours des périmètres plus larges que les autres ; ce qui augmentera leur charge de travail.

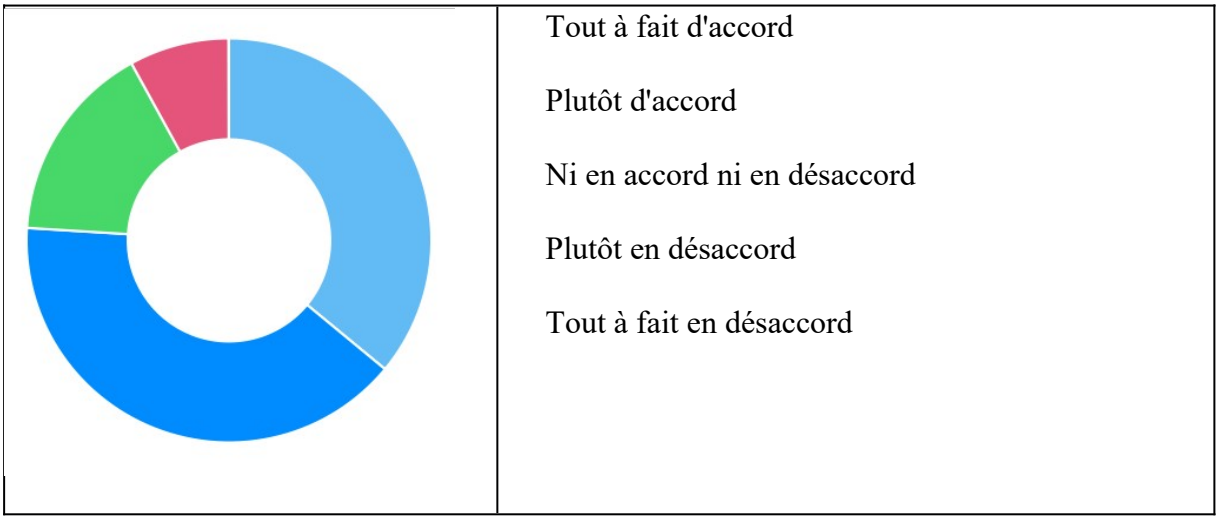


Figure 50: répartition des avis de la 22ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	9	36,0%
Plutôt d'accord	10	40,0%
Ni en accord ni en désaccord	4	16,0%
Plutôt en désaccord	2	8,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 32 : réponses sur l'élargissement des périmètres et la charge du travail

Les réponses en faveur d'accord pour cette question sont au total à 76 %. Il faudrait que les directions de l'hôpital veille à cet équilibre entre les périmètres d'actions pour l'ensemble des cadres de santé de pôles. On pourra alors diminuer ou éviter le burn-out.

23. Compétences (rôle pivot).

Demain, la transversalité sera le levier de la coopération entre les services et éviter ce qu'on a appelé très longtemps de la balkanisation de l'hôpital.

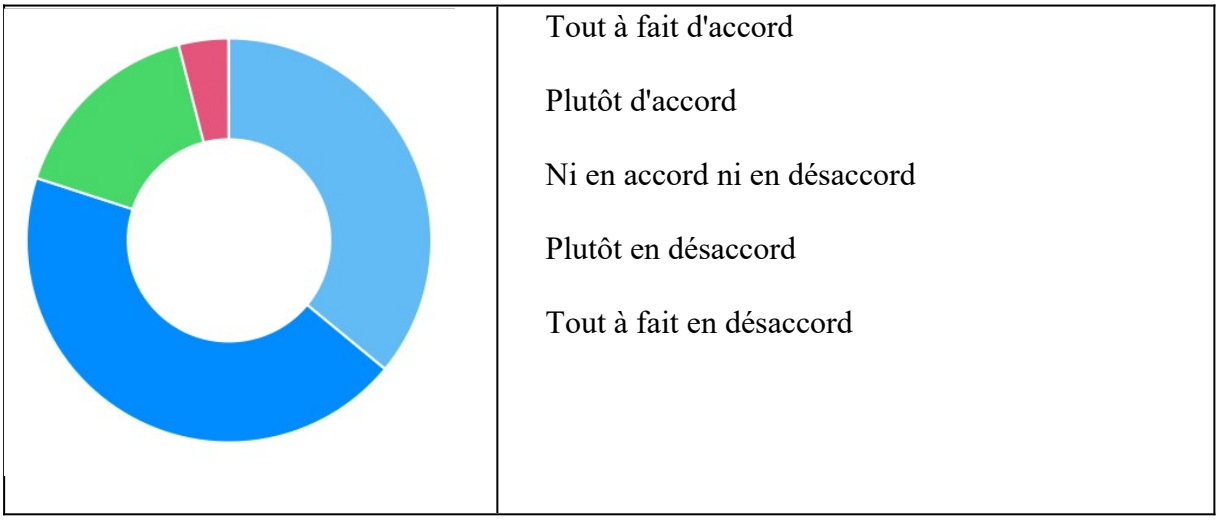


Figure 51 : répartition des avis de la 23ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	9	36,0%
Plutôt d'accord	11	44,0%
Ni en accord ni en désaccord	4	16,0%
Plutôt en désaccord	1	4,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 33 : réponses en lien avec la transversalité comme levier de la coopération

Le cadre de santé de pôle a une fonction transversale. A partir de là, il doit rechercher la coopération des équipes sur des projets communs. C'est de cette façon qu'on évitera ce qu'on a appelé la « balkanisation » (accord à 80 % au total). Il faudrait que la cadre de santé de pôle devienne le moteur de la coopération « transfrontalière » entre les services et entre les pôles.

.

24. Compétences (rôle pivot).

Demain, le cadre de santé de pôle aura toujours des formations en management de pôle avec ses collègues; ce sera des moments de partage d'expériences et de connaissances.

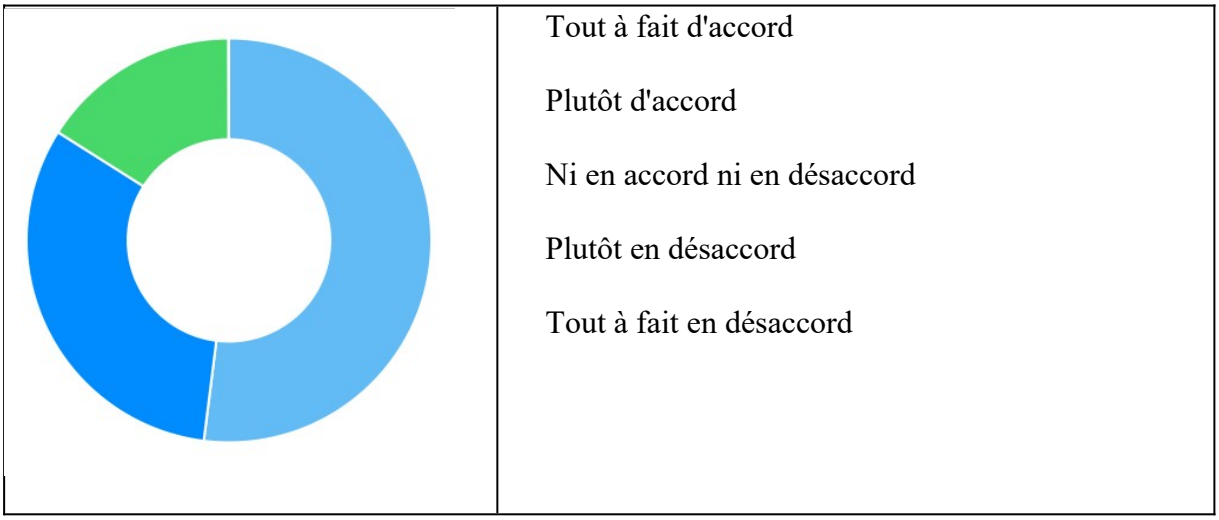


Figure 52 : répartition des avis de la 24ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	13	52,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	4	16,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 34 : la formation en management avec ses collègue sera un moment de partage d'expériences et de connaissances

La question a recueilli au total 84 % d'avis positif. Le management est l'outil incontournable du cadre de santé de pôle. Cet outil doit être régulièrement réactivé pour renforcer les compétences et constituer, de fait, un moment de partage et parfois de convivialité.

.

25. Compétences (rôle pivot).

La formation permettra au cadre de santé de pôle d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences.

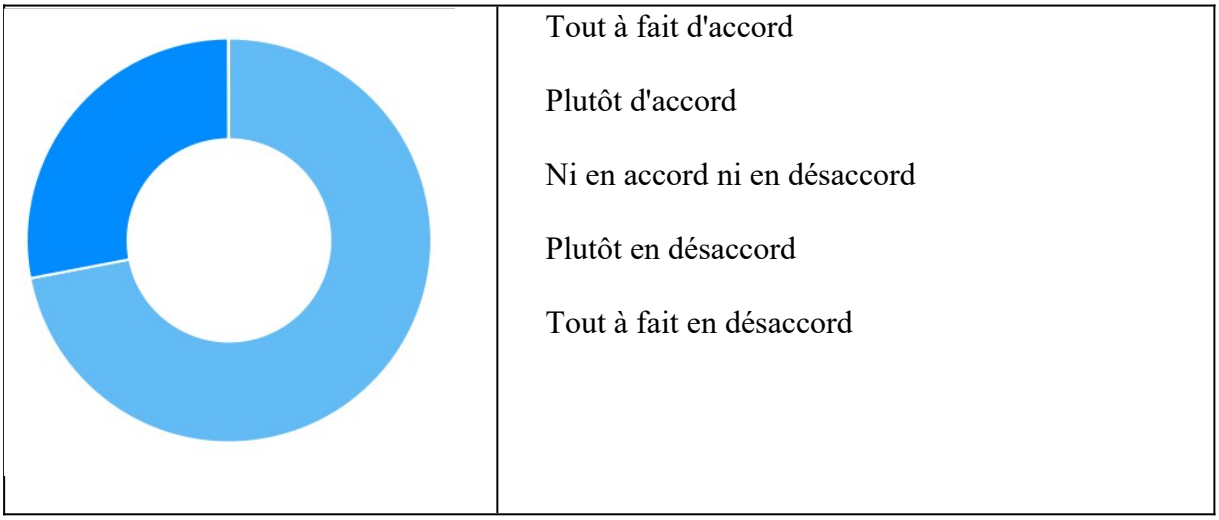


Figure 53 : répartition des avis de la 25ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	18	72,0%
Plutôt d'accord	7	28,0%
Ni en accord ni en désaccord	0	0,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 35 : la formation permettra au cadre de santé de pôle d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences.

Les personnes interrogées ont répondu de façon unanime à 100 %. Cependant, il est regrettable que les cadres de santé de pôles ne trouvent plus le moment de se former tant ils sont pris par la gestion de leurs pôles.

.

26. Compétences (rôle pivot).

La coopération entre les services fera la force du pôle.

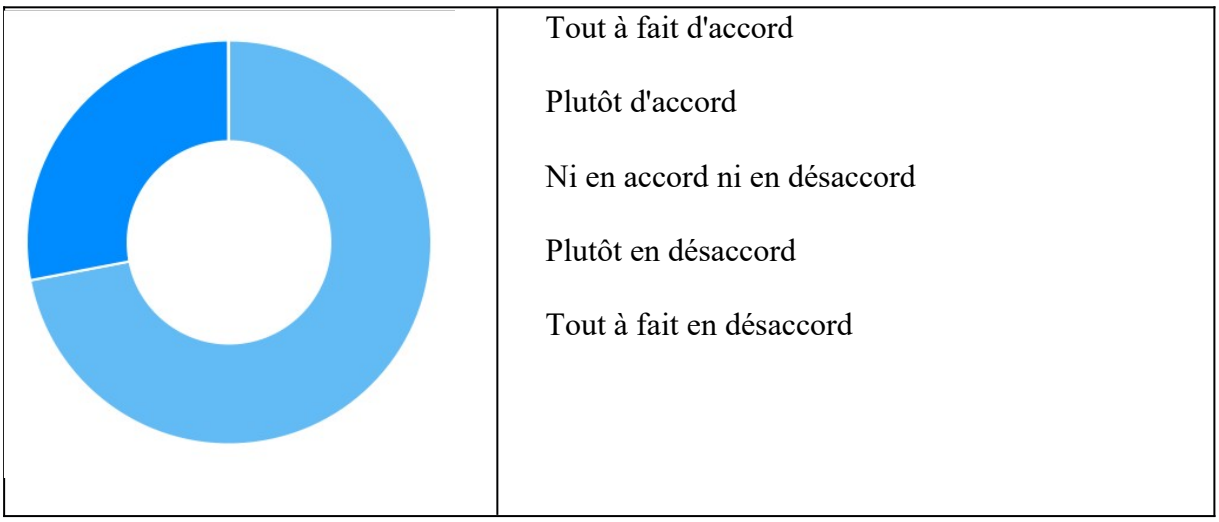


Figure 54 : répartition des avis de la 26ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	18	72,0%
Plutôt d'accord	7	28,0%
Ni en accord ni en désaccord	0	0,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 36 : réponses à l'affirmation selon laquelle la coopération entre les services fera la force du pôle.

Il est évident que « l'union fait la force » et la coopération est un concept utile dans les actions et projets au sein des organisations. Il n'y a pas de commentaire. Les personnes interrogées ont répondu positivement à 100 % en faveur de la coopération et ses bienfaits.

.

27. Compétences (rôle pivot).

Demain, le cadre de santé de pôle pourra toujours avoir une formation à la prise de fonction.

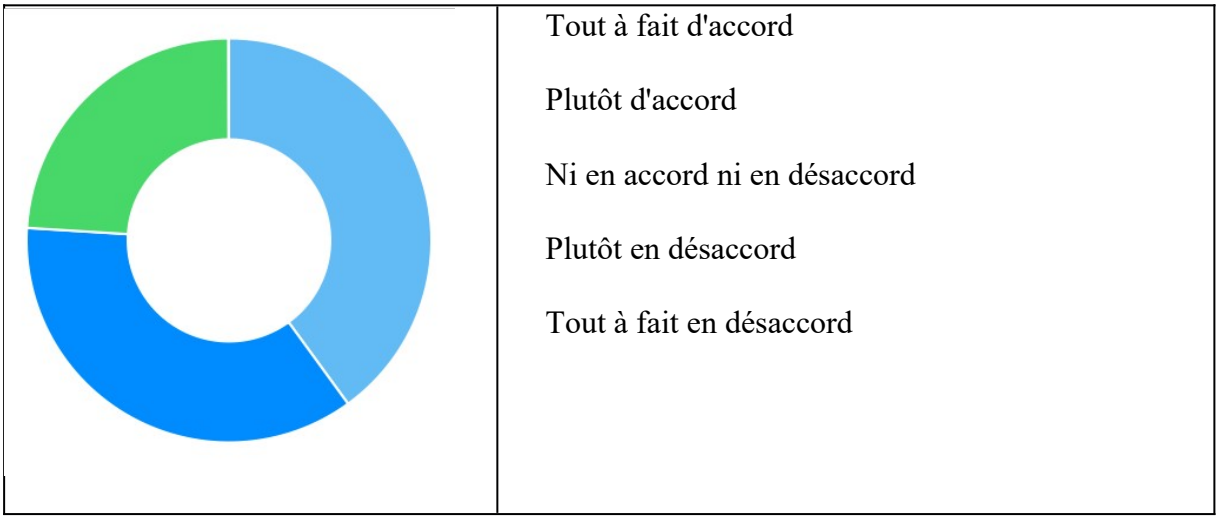


Figure 55 : répartition des avis de la 27ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	10	40,0%
Plutôt d'accord	9	36,0%
Ni en accord ni en désaccord	6	24,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 37 : le cadre de santé de pôle pourra toujours avoir une formation à la prise de fonction.

La prise de fonction est un moment difficile, surtout si l'on exerce cette fonction pour la première fois. On comprend pourquoi la majorité s'est prononcée être en accord (76%), bien qu'il y ait 24 % des personnes sans opinion. Malheureusement beaucoup de cadres de santé de pôles ne bénéficient pas de cette formation à la prise de fonction.

.

28. Compétences (rôle pivot).

Demain, le cadre de santé de pôle sera davantage reconnu par direction de l'hôpital.

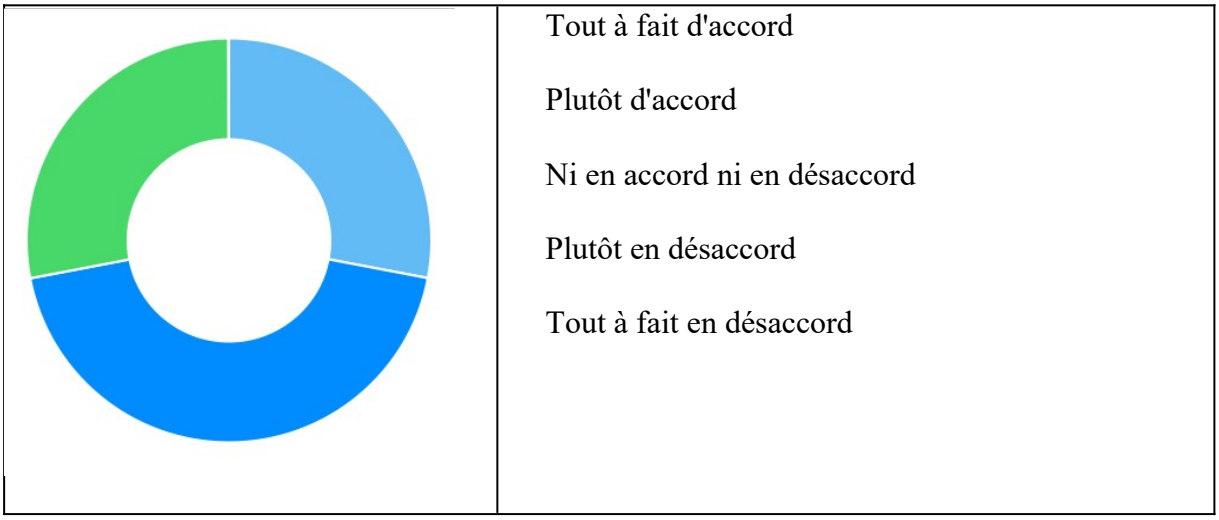


Figure 56 : répartition des avis de la 28ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	7	28,0%
Plutôt d'accord	11	44,0%
Ni en accord ni en désaccord	7	28,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 38 : la reconnaissance par la direction

La problématique de la reconnaissance des cadres de santé de pôles par la direction de l'hôpital est récurrente. Les cadres de santé de pôles souhaiteraient être davantage reconnus par la hiérarchie. Les personnes interrogées ont répondu être en accord à 72 % avec la question contre 28 % des personnes qui ne sont ni en accord ni en désaccord.

29. Compétences (rôle pivot).

Demain, le cadre de santé de pôle s'occupera de la mise en place des ressources humaines au sein du pôle.

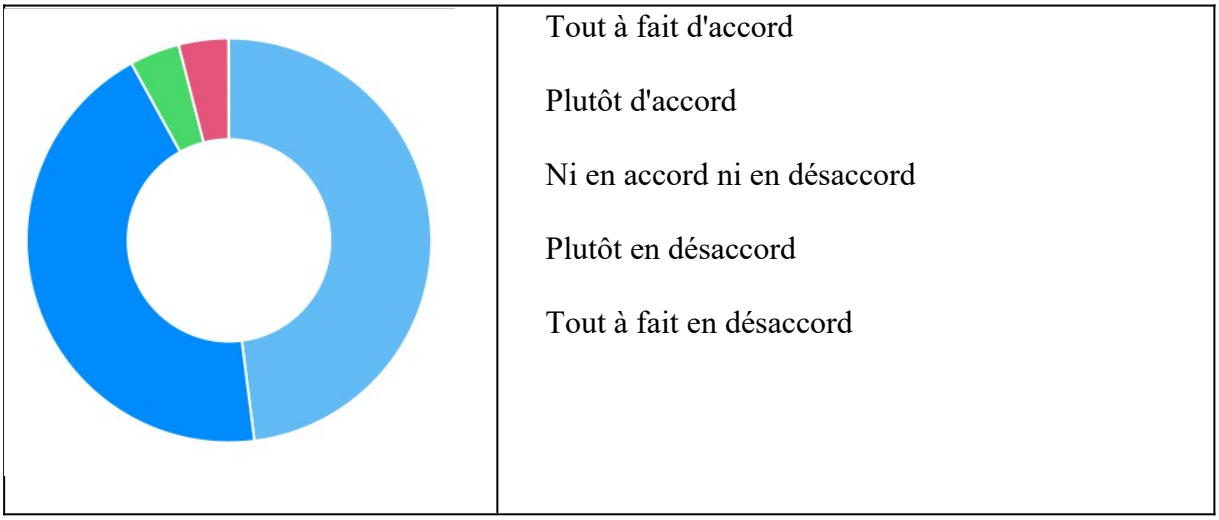


Figure 57 : répartition des avis de la 29ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	12	48,0%
Plutôt d'accord	11	44,0%
Ni en accord ni en désaccord	1	4,0%
Plutôt en désaccord	1	4,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 39 : le cadre de santé de pôle s'occupera de la gestion RH de son pôle

Les cadres de santé de pôles s'occupent de plus en plus de la gestion des ressources humaines paramédicales à l'hôpital. C'est un rôle qui pourrait leur revenir demain. Les personnes interrogées sont 92 % à émettre un avis positif contre seulement 4 % qui sont ni en accord ni en désaccord.

.

30. Compétences (rôle pivot).

Le cadre de santé de pôle devra communiquer pour susciter l'adhésion de ses équipes aux projets.

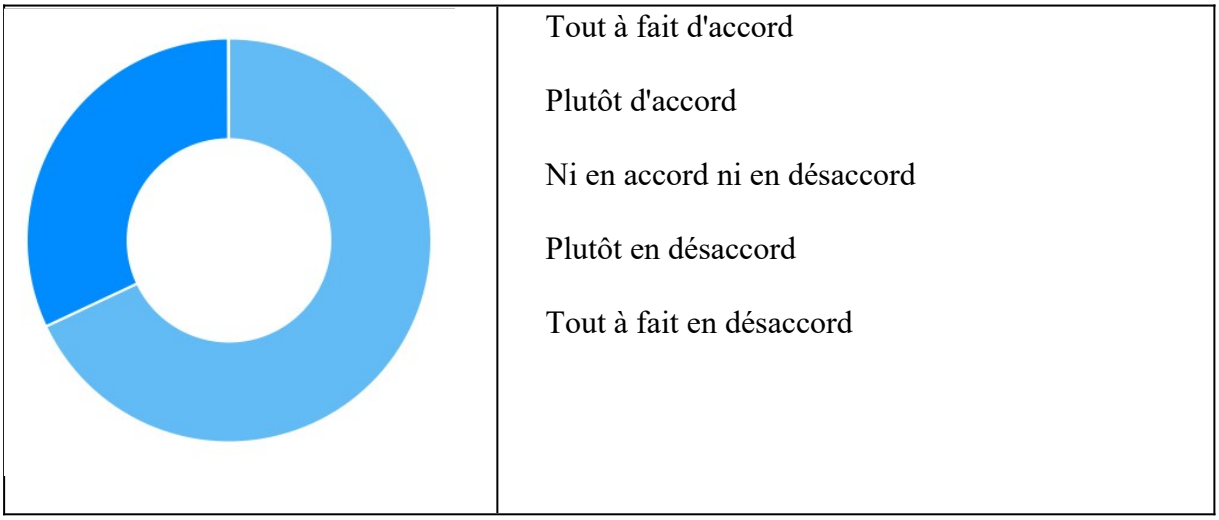


Figure 58 : répartition des avis de la 30ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	17	68,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	0	0,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 40 : la communication comme levier d'adhésion aux projets

Pour susciter l'adhésion des équipes, il est important de communiquer, d'expliquer les tenants et les aboutissants des actions, des projets. Nous le voyons bien au travers de ces résultats, 100 % des personnes interrogées sont d'accord.

.

31. Compétences (rôle pivot).

Le cadre de santé de pôle devra demain emmagasiner des expériences qui pourront l'aider à résoudre les problématiques du pôle.

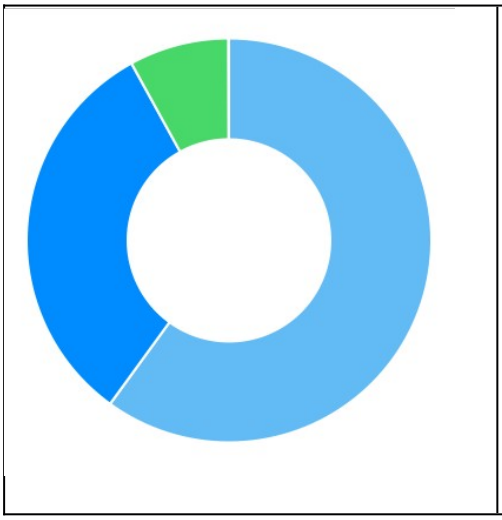


Figure 59 : répartition des avis de la 31ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	15	60,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	2	8,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 41 : les expériences comme aide à la résolution des problématiques du pôle.

Les réponses à cette question sont à 60 % de « tout à fait d'accord » et 32 % de « plutôt d'accord », soit un total de 92 % d'accord. Elles prouvent qu'avoir de l'expérience pour l'encadrement de pôle aide à la compréhension et à la résolutions des problèmes qui se posent aux équipes.

32. Compétences (rôle pivot).

Le cadre de santé de pôle devra toujours rechercher les solutions en cas de manque de moyens.

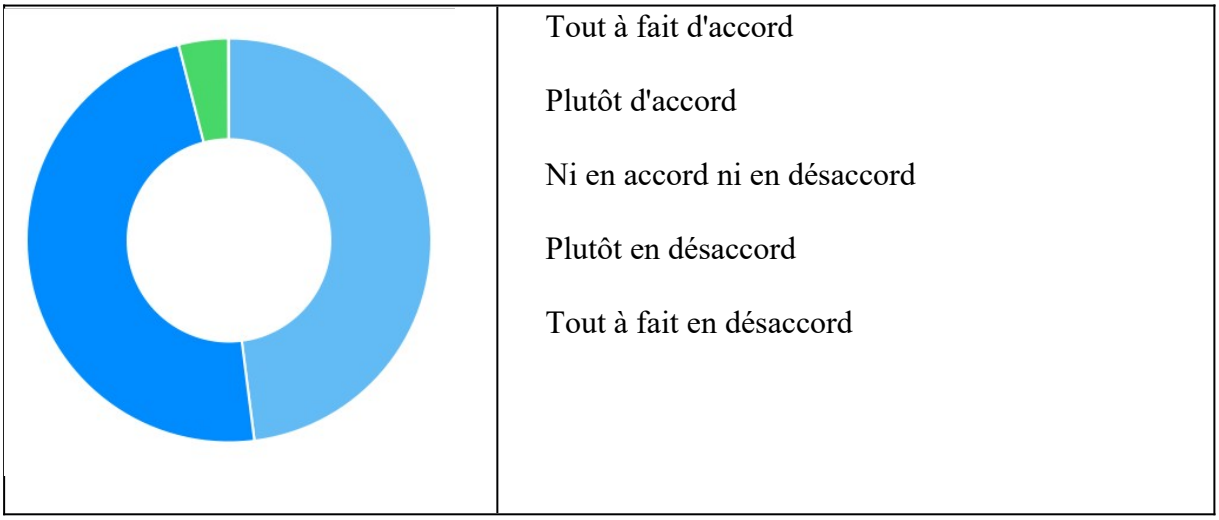


Figure 60 : répartition des avis de la 32ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	12	48,0%
Plutôt d'accord	12	48,0%
Ni en accord ni en désaccord	1	4,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 42 : réponses à la recherche des solutions en cas de manque moyens

Les personnes interrogées sont d'accord à 96 %. L'encadrement de pôle doit toujours veiller au bon fonctionnement des services qui sont sous sa responsabilité. Il doit ainsi rassurer ses équipes sur les moyens matériels, financiers et humains. En situation de manque, il est obligé d'aller informer la direction afin de trouver des solutions idoines.

.

33. Compétences (rôle pivot).

Demain, le cadre de santé de pôle devra pouvoir accompagner les cadres de santé de proximité en restant dans une certaine objectivité.

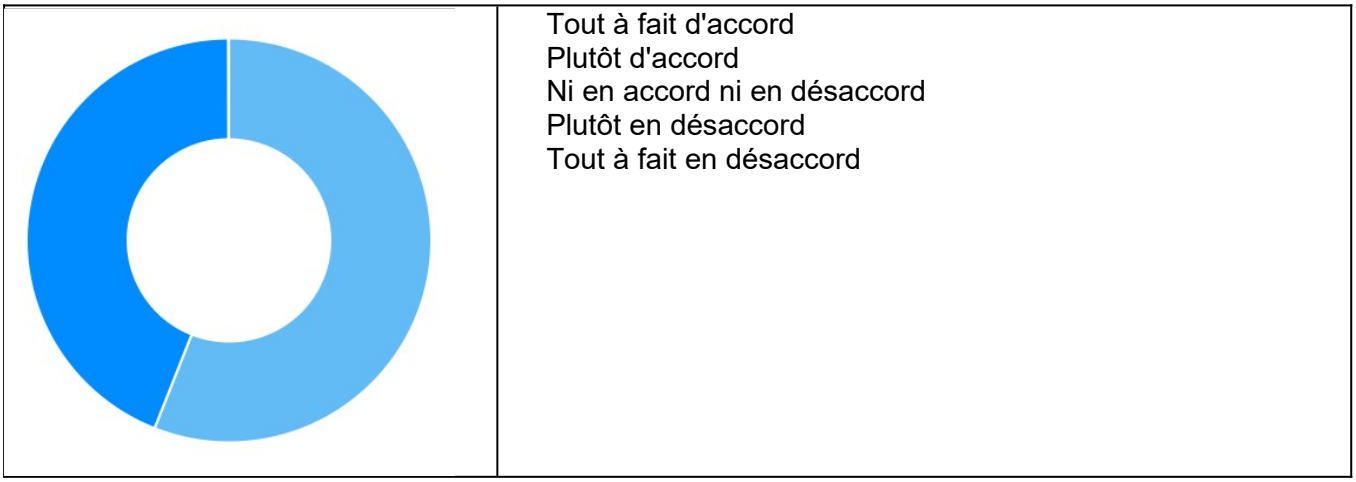


Figure 61 : répartition des avis de la 33ème question

Tout à fait d'accord	14	56,0%
Plutôt d'accord	11	44,0%
Ni en accord ni en désaccord	0	0,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 43 : réponses liées à l'accompagnement des cadres de santé de proximité

L'une des prérogatives du cadre de santé de pôle est l'encadrement des cadres de santé de proximité. Certains cadres de santé de pôles ne laissent aucun degré de liberté d'action aux cadres de santé de proximité qui sont sous leur responsabilité. Les personnes interrogées ont répondu à 100 % être d'accord. Car, il s'agit de laisser le cadre de santé de proximité souvent s'exprimer, diriger son équipe.

.

34. Compétences (rôle pivot).

Demain, en sa qualité de manager le cadre de santé de pôle validera les formations des équipes.

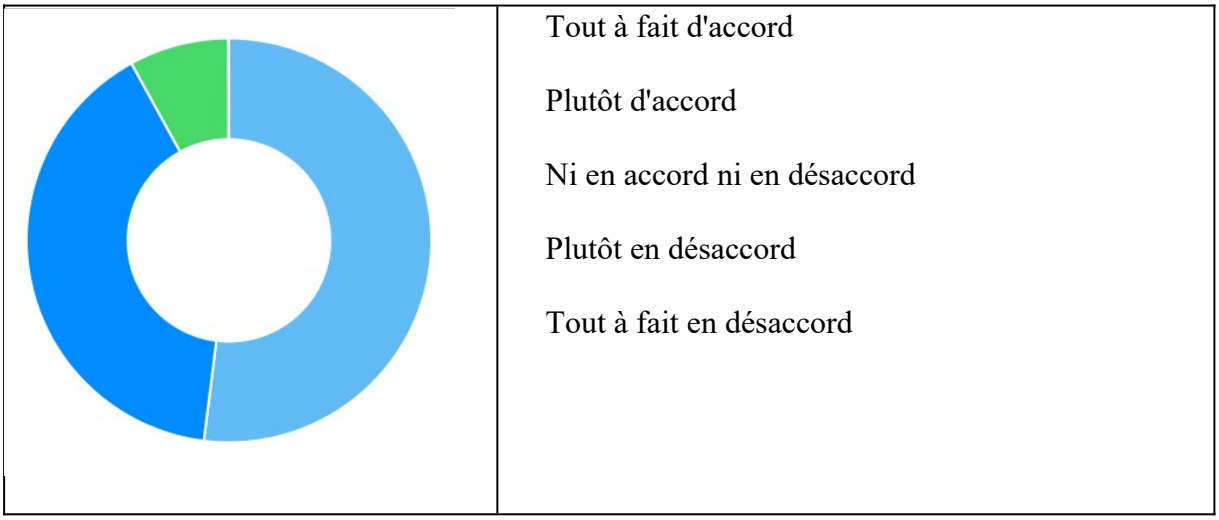


Figure 62 : répartition des avis de la 34ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	13	52,0%
Plutôt d'accord	10	40,0%
Ni en accord ni en désaccord	2	8,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 44 : réponses à l'affirmation selon laquelle en sa qualité de manager le cadre de santé de pôle validera les formations des équipes.

C'est au cours des entretiens annuels d'évaluation que l'on aborde les questions de formation. Le cadre de santé de pôle se doit de répondre à cette obligation.

.

En effet, les cadres de santé de proximité qui constituent ses équipes émettent leur désir de s'inscrire à une formation. Cette demande est transmise à la direction par le biais du logiciel adéquat.

C'est pourquoi les réponses apportées sont à 92 % d'accord. Le cadre de santé de proximité est soumis aussi à la même obligation. Il doit recenser toutes les demandes de formations de son équipe soignante et les transmettre à la direction selon le même procédé.

35. Compétences (rôle pivot).

Demain, le cadre de santé de pôle se formera par l'intermédiaire des formations continues proposées en interne et en externe.

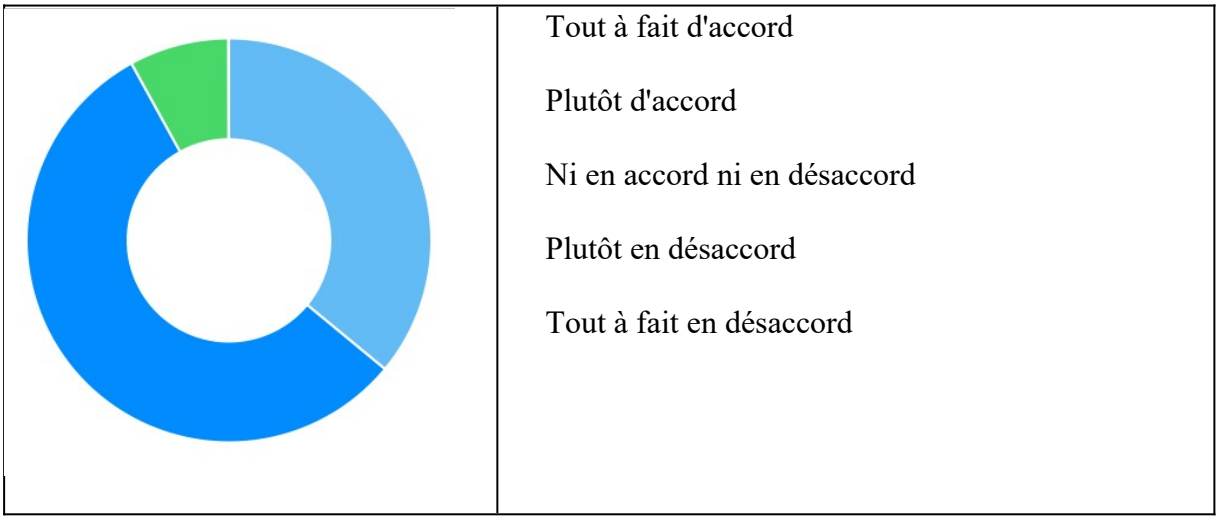


Figure 63 : répartition des avis de la 35ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	9	36,0%
Plutôt d'accord	14	56,0%
Ni en accord ni en désaccord	2	8,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 45 : réponses en lien avec la formation continue des cadres de santé de pôles

La formation est importante dans la vie professionnelle de tout un chacun. Il existe à l'hôpital des formation organisées en interne et/ou en externe ouvertes à tous les employés. Le cadre de santé de pôle a accès à ces formations. C'est pour cela qu'on a 92 % d'accord contre 0 % de désaccord et 8 % des personnes qui n'ont pas su se positionner.

.

36. Compétences (rôle pivot).

Demain, la formation du cadre de santé de pôle devra être systématique et suffisante pour la gestion du pôle.

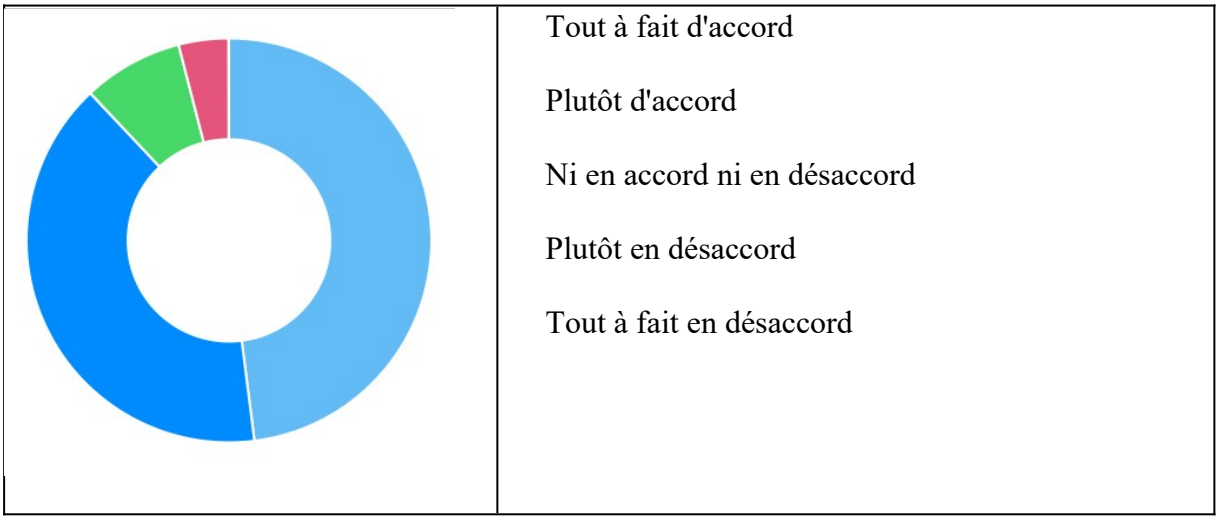


Figure 64 : répartition des avis de la 36ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	12	48,0%
Plutôt d'accord	10	40,0%
Ni en accord ni en désaccord	2	8,0%
Plutôt en désaccord	1	4,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 46 : réponses en lien avec la formation systématique du cadre de santé de pôle

Les résultats montrent ici que 88 % sont de l'avis que la formation du cadre de santé devra être systématique et suffisante pour gérer un pôle. La gestion d'un pôle n'est pas facile car elle demande et nécessite des compétences affirmées.

37. Compétences (rôle pivot).

Demain, le cadre de santé de pôle jouera le rôle d'intermédiaire entre la direction et les cadres de santé de proximité.

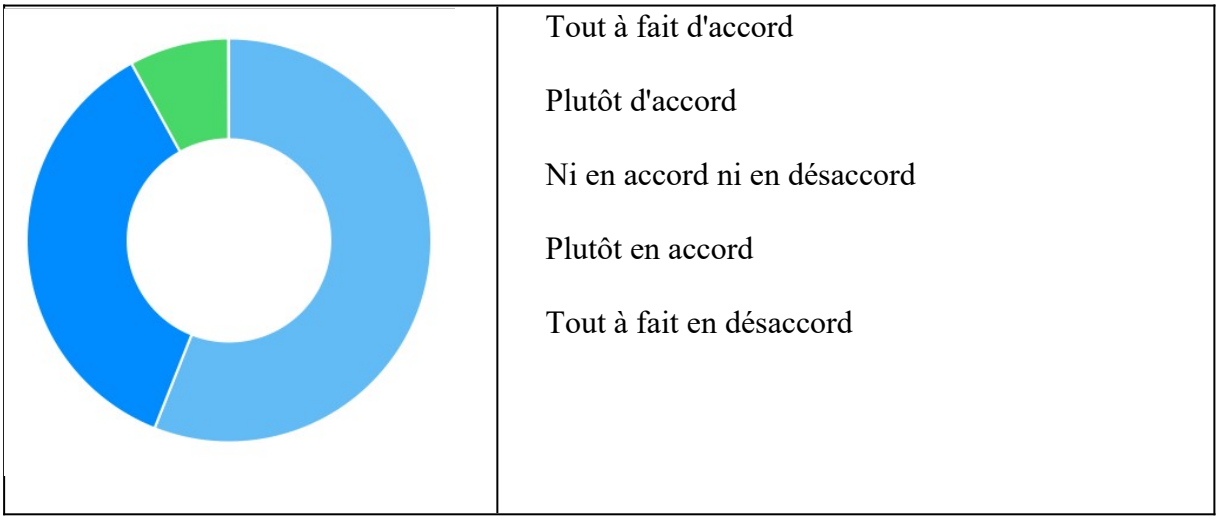


Figure 65 : répartition des avis de la 37ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	14	56,0%
Plutôt d'accord	9	36,0%
Ni en accord ni en désaccord	2	8,0%
Plutôt en accord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 47 : réponses en lien avec le rôle d'intermédiaire entre direction et équipe

Le cadre de santé de pôle est le diffuseur d'informations ascendantes comme descendantes au sein de l'hôpital. De ce fait, il est et sera toujours l'intermédiaire entre la direction et l'encadrement de proximité (92 % d'accord). Il est aussi le transmetteur d'informations au sein des équipes soignantes.

.

38. Motivation (démotivation).

Le cadre de santé de pôle pourra demain continuer de s'investir au sein de son pôle pour la satisfaction des patients.

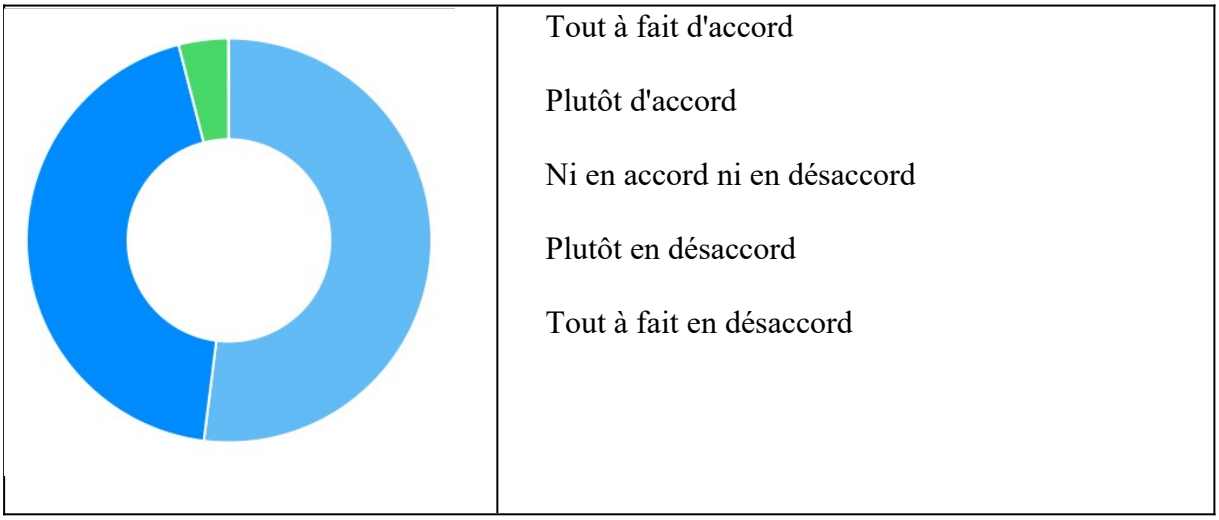


Figure 66 : répartition des avis de la 38ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	13	52,0%
Plutôt d'accord	11	44,0%
Ni en accord ni en désaccord	1	4,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 48 : l'investissement du cadre de santé de pôle pour la satisfaction des patients

Quel que soit le poste qu'on occupe, qu'on exerce à l'hôpital le cadre de santé de pôle devra s'investir pour restaurer la santé des patients. Il n'est pas étonnant que les réponses à cette question soient d'avis positifs à 96 % contre 4 % d'indécis.

39. Motivation (démotivation).

Demain, l'implication du cadre de santé de pôle sera toujours importante.

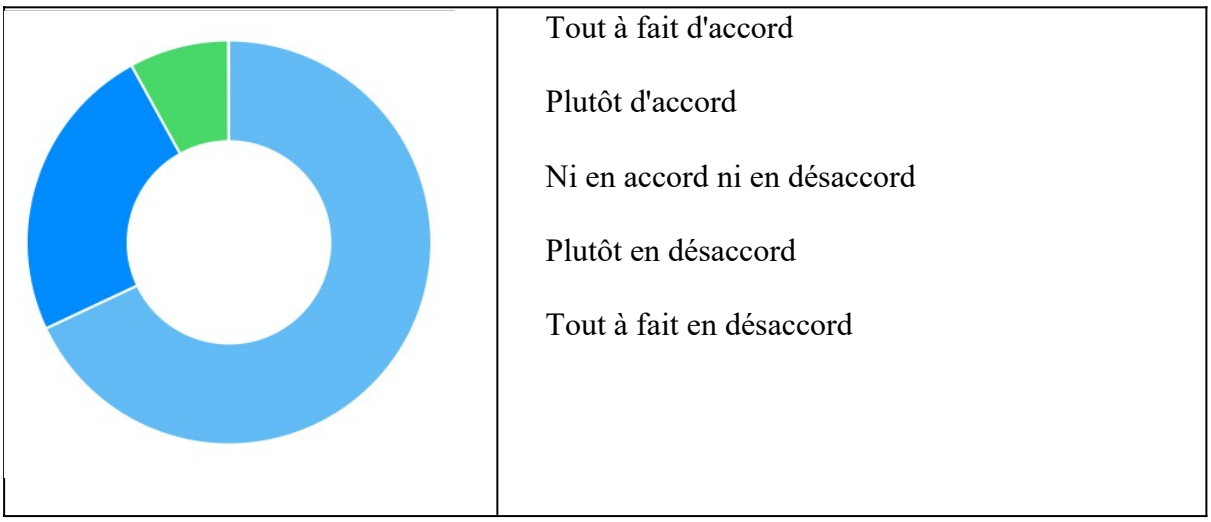


Figure 67 : répartition des avis de la 39ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	17	68,0%
Plutôt d'accord	6	24,0%
Ni en accord ni en désaccord	2	8,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 49 : l'implication du cadre de santé de pôle dans son pôle

L'implication du cadre de santé de pôle a toujours été recherchée pour assurer le bon fonctionnement de l'établissement. Nous le voyons par le temps qu'il passe à l'hôpital pour des réunions ou pour la gestion des équipes. Les cadres de santé de pôles ne comptent pas leurs heures. Notons quand-même qu'il y a 8 % des réponses « ni en accord ni en désaccord ». Est-ce qu'il s'agit des personnes qui n'y croient plus ?

.

40. Motivation (démotivation).

Les injonctions paradoxales seront toujours en permanence. La direction demandera aux cadres de santé de pôles de faire des économies et en même temps augmenter la qualité du service.

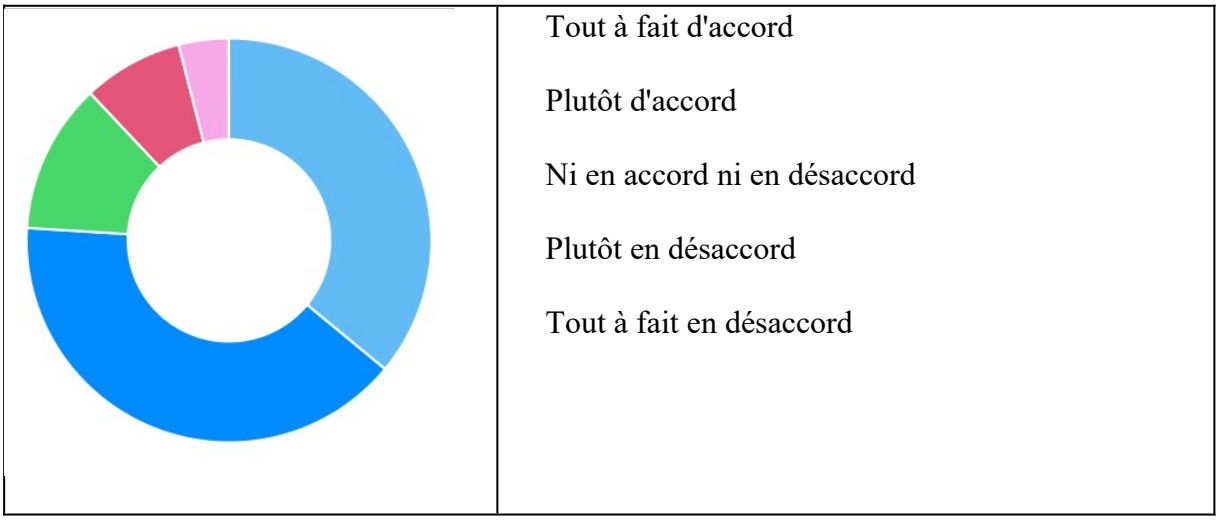


Figure 68 : répartition des avis de la 40ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	9	36,0%
Plutôt d'accord	10	40,0%
Ni en accord ni en désaccord	3	12,0%
Plutôt en désaccord	2	8,0%
Tout à fait en désaccord	1	4,0%

Tableau 50 : réponses en lien avec les restructurations à moyens constants

C'est la problématique de la performance : réaliser des nouvelles actions avec des effectifs constants. Il s'agit des décisions de la direction auxquelles le cadre de santé de pôle ne pourra s'opposer. On remarquera qu'il y a 76 % sont d'accord contre 12 % de désaccord.

.

41. Motivation (démotivation).

Le degré d'implication du cadre de santé de pôle sera total dans la mesure où effectivement il y aura une direction des soins qui sera très ouverte et à l'écoute de l'encadrement supérieur et de proximité

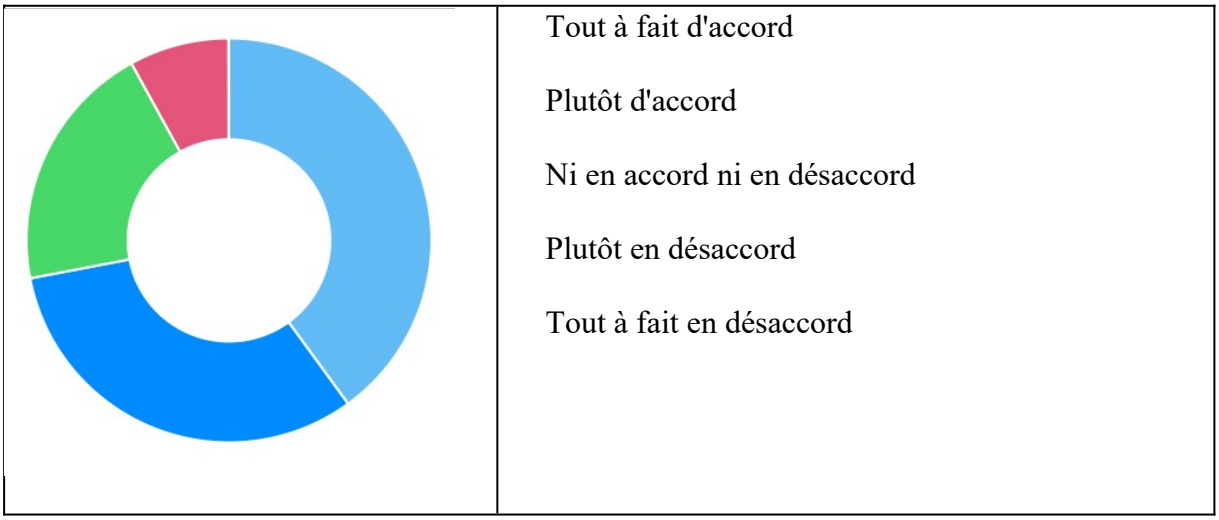


Figure 69 : répartition des avis de la 41ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	10	40,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	5	20,0%
Plutôt en désaccord	2	8,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 51 : implication importante avec des directions des soins très ouvertes et à l'écoute de l'encadrement supérieur et de proximité

Nous sommes ici dans la situation de reconnaissance. Plus on se sent écouté plus, on effectue son travail en toute sérénité. Les personnes interrogées sont d'accord à 72 %. Mais nous constatons qu'il y a 20 % des personnes indécises et 8 % en désaccord.

Le désaccord pourrait s'expliquer par le fait que ce n'est pas parce qu'on est à l'écoute de quelqu'un que son implication dans son travail sera totale. Cet avis n'est pas partagé par la majorité des personnes questionnées.

.

42. Donner du sens.

Demain, pour que les équipes adhérent aux projets il faudrait que le cadre de santé de pôle puisse communiquer, expliquer.

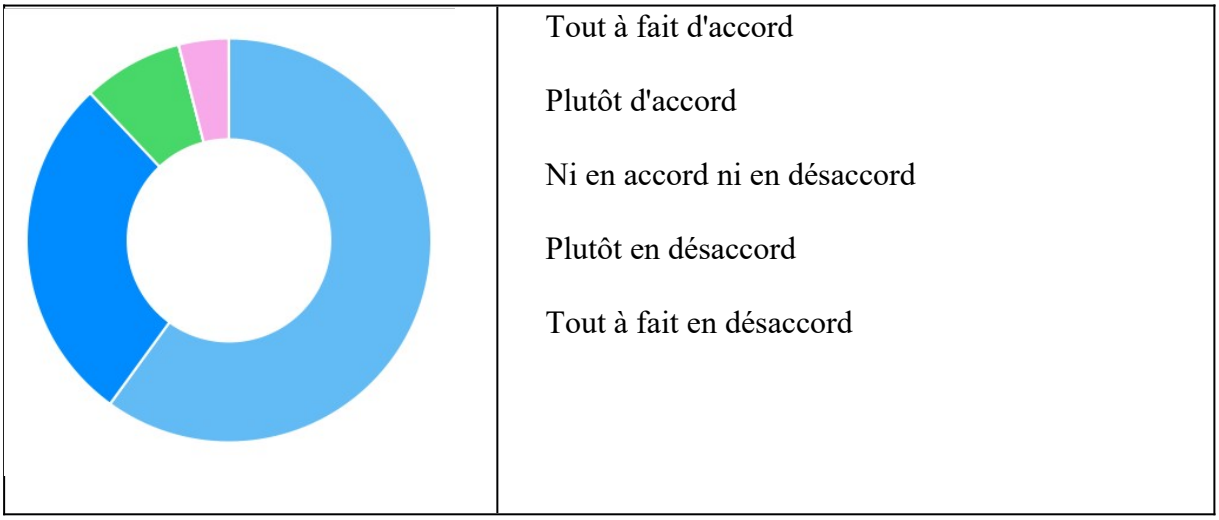


Figure 70 : répartition des avis de la 42ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	15	60,0%
Plutôt d'accord	7	28,0%
Ni en accord ni en désaccord	2	8,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	1	4,0%

Tableau 52 : importance de la communication du cadre de santé de pôle

La communication et l'explication des tenants et les aboutissants d'un projet, d'une action permettent aux équipes d'y adhérer facilement (88%). Les équipes ont besoin de voir que leur encadrement est aussi impliqué, qu'il a le souci de la réussite et des atteintes des objectifs.

.

43. Donner du sens.

Demain, le cadre de santé de pôle organisera toujours des réunions d'informations ascendantes et descendantes avec les équipes.

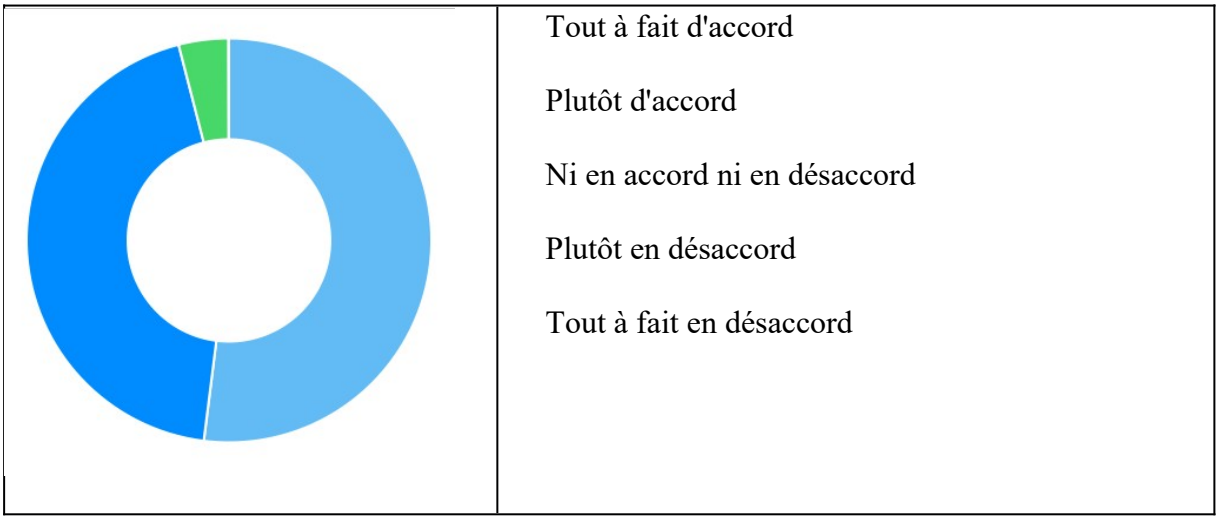


Figure 71 : répartition des avis de la 43ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	13	52,0%
Plutôt d'accord	11	44,0%
Ni en accord ni en désaccord	1	4,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 53 : organisation des réunions ascendantes et descendantes

On a vu tout à l'heure que le cadre de santé de pôle était le diffuseur d'informations ascendantes et descendantes. Cette transmission d'informations ne pourra se passer que par le biais, entre autres, des réunions avec des équipes.

44. Donner du sens.

Demain, le cadre de santé de pôle pourra se servir de la communication pour expliquer le contexte, les objectifs et l'évaluation des projets.

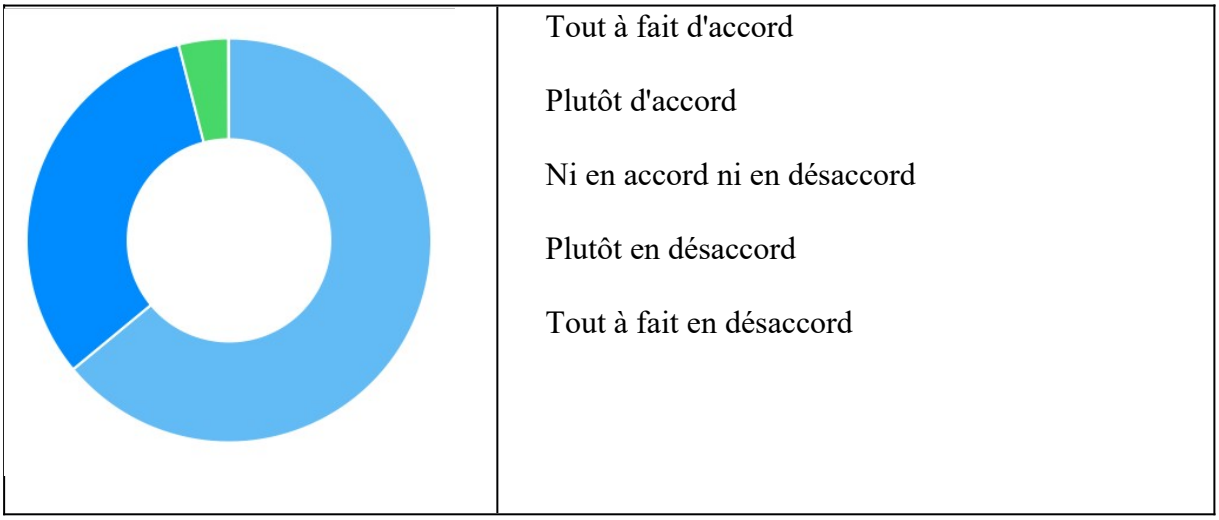


Figure 72 : répartition des avis de la 44ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	16	64,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	1	4,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 54 : importance de la communication pour expliquer le contexte et les objectifs

La communication fait partie des compétences des cadres de santé de pôles. Elle permet aux personnes d'échanger et de se comprendre, encore plus quand on veut atteindre des objectifs des projets communs. Les personnes interrogées ont répondu à 96 % contre 4 % des personnes indécises, confirmant ainsi l'importance de la communication dans le management.

.

45. Le cadre de santé de pôle de demain.

Le cadre de santé de pôle devra accorder une place importante dans les filière de soins au niveau du GHT.

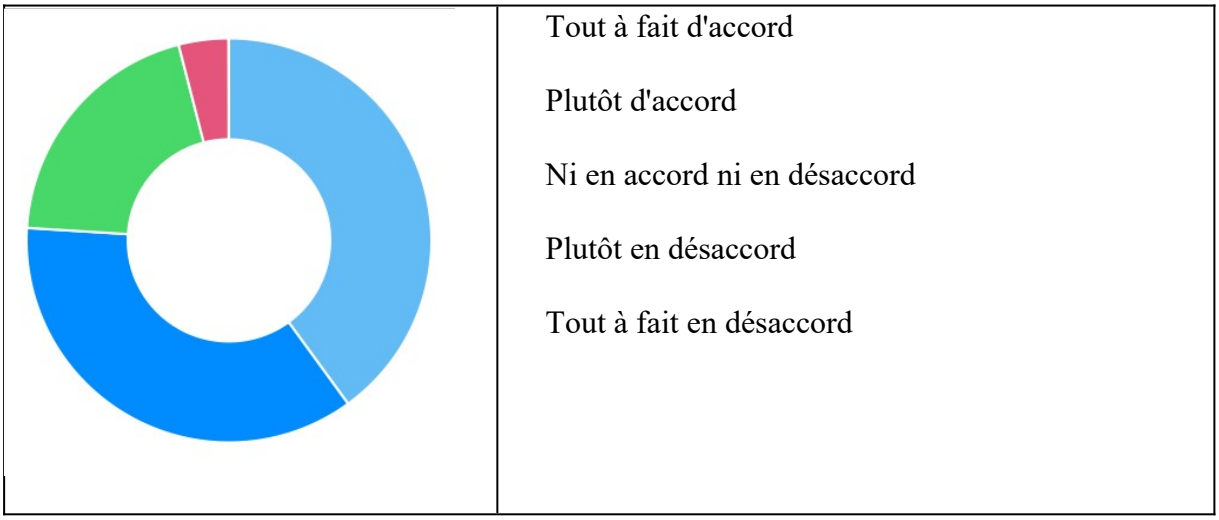


Figure 73 : répartition des avis de la 45ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	10	40,0%
Plutôt d'accord	9	36,0%
Ni en accord ni en désaccord	5	20,0%
Plutôt en désaccord	1	4,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 55 : une place importante du cadre de santé de pôle dans les filière de soins au niveau du GHT.

Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) est une innovation de la loi de modernisation de notre système de santé. Son objectif est d'assurer l'accès aux soins de qualité pour l'ensemble des patients du territoire.

.

Les personnes ont répondu à 76 % d'accord contre 4 % de désaccord ; ce qui montre bien que les personnes interrogées voient le cadre de santé de pôle s'occuper des filières de soins demain au sein des GHT.

.

46. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle devra gérer, outre le volet économique, le parcours de soins sur le territoire.

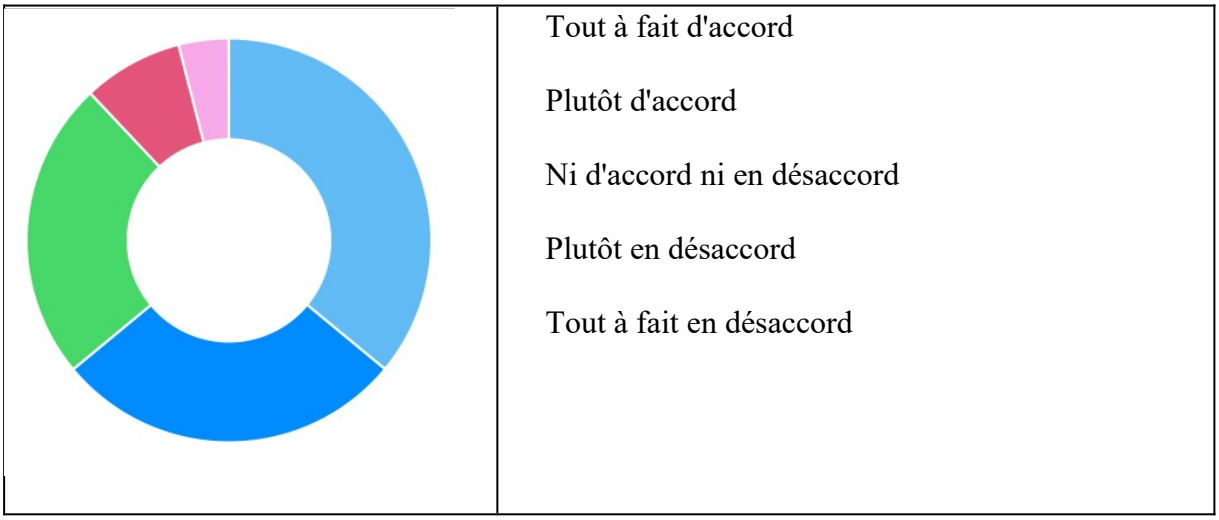


Figure 74 : répartition des avis de la 46ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	9	36,0%
Plutôt d'accord	7	28,0%
Ni d'accord ni en désaccord	6	24,0%
Plutôt en désaccord	2	8,0%
Tout à fait en désaccord	1	4,0%

Tableau 56 : réponses en lien avec la gestion de parcours de soins sur le territoire

Les personnes ont répondu à 64 % d'accord contre 8 % de désaccord. On note néanmoins que 24 % des personnes interrogées sont indécises. Que faut-il penser ? Que ces personnes doutent de la place des cadres de santé de pôles dans le parcours de soins dont l'initiative relève plus du médecin traitant ?

.

47. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, on aura du mal à le situer parce que le cadre de santé de pôle n'existera plus

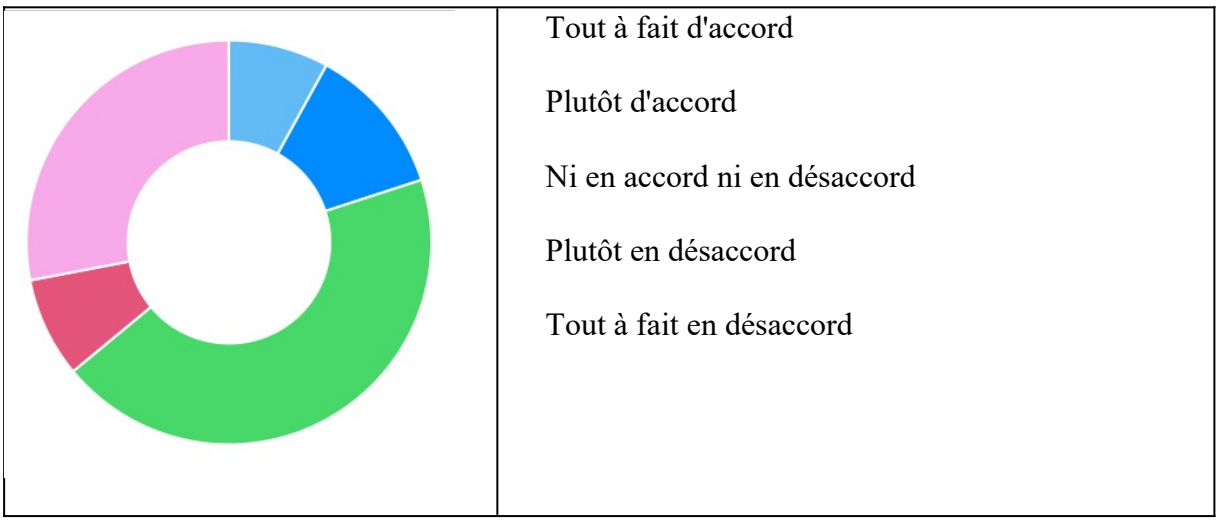


Figure 75 : répartition des avis de la 47ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	2	8,0%
Plutôt d'accord	3	12,0%
Ni en accord ni en désaccord	11	44,0%
Plutôt en désaccord	2	8,0%
Tout à fait en désaccord	7	28,0%

Tableau 57 : réponses en lien avec l'existence du cadre de santé de pôle dans le futur

Nous remarquons que 36 % des personnes interrogées ont répondu être en désaccord contre 20 % d'accord et 44 % de personnes indécises. Autrement dit, les avis sont en faveur d'une existence future de l'encadrement de pôle au sein de l'hôpital.

48. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle aura une place importante dans la gouvernance de l'hôpital.

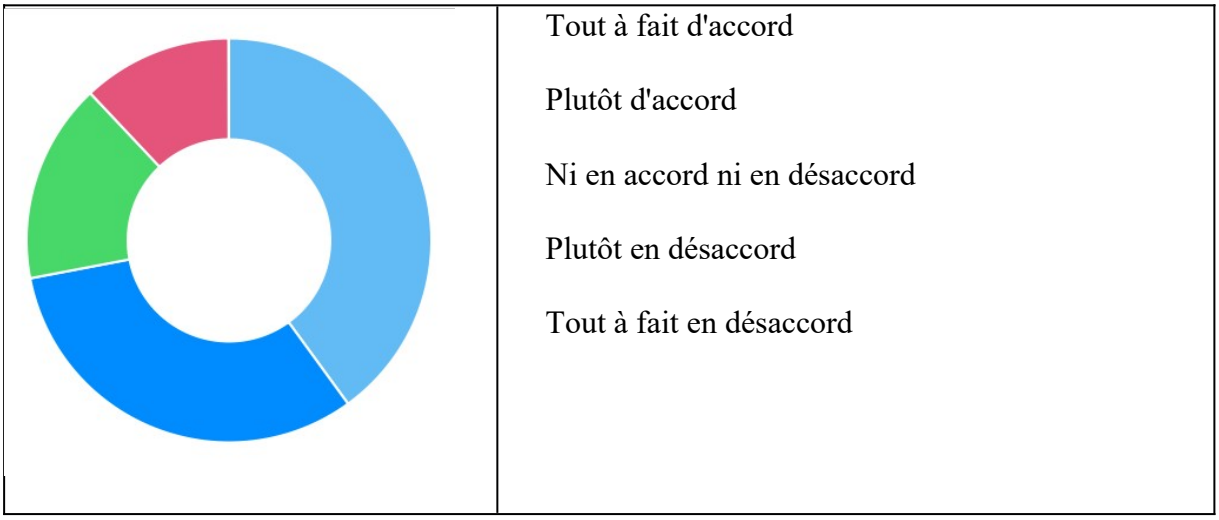


Figure 76 : répartition des avis de la 48ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	10	40,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	4	16,0%
Plutôt en désaccord	3	12,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 58 : la place du cadre de santé de pôle dans la gouvernance de l'hôpital

72 % des personnes sont d'accord que le cadre de santé de pôle aura une place importante dans la gouvernance de l'hôpital. Il est vrai que l'encadrement de pôle est déterminant dans la gestion, l'animation au quotidien des pôles et donc des différents services qui composent le pôle.

49. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle sera un des éléments incontournables de l'établissement.

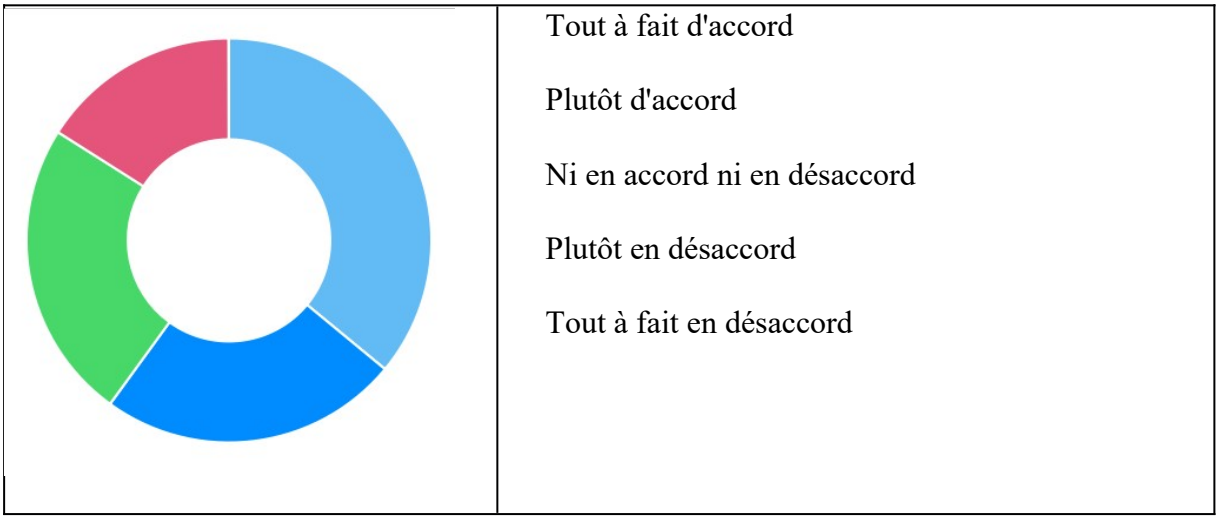


Figure 77 : répartition des avis de la 49ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	9	36,0%
Plutôt d'accord	6	24,0%
Ni en accord ni en désaccord	6	24,0%
Plutôt en désaccord	4	16,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 59 : le cadre de santé de demain sera un des éléments incontournables

60 % d'accord contre 16 % de désaccord. Demain l'encadrement polaire sera incontournable à l'hôpital. Il y a là une reconnaissance du travail de cadre de santé de pôle dans la gestion des activités de l'hôpital.

50. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, l'administration de l'hôpital se reposera sur les cadres de santé de pôles.

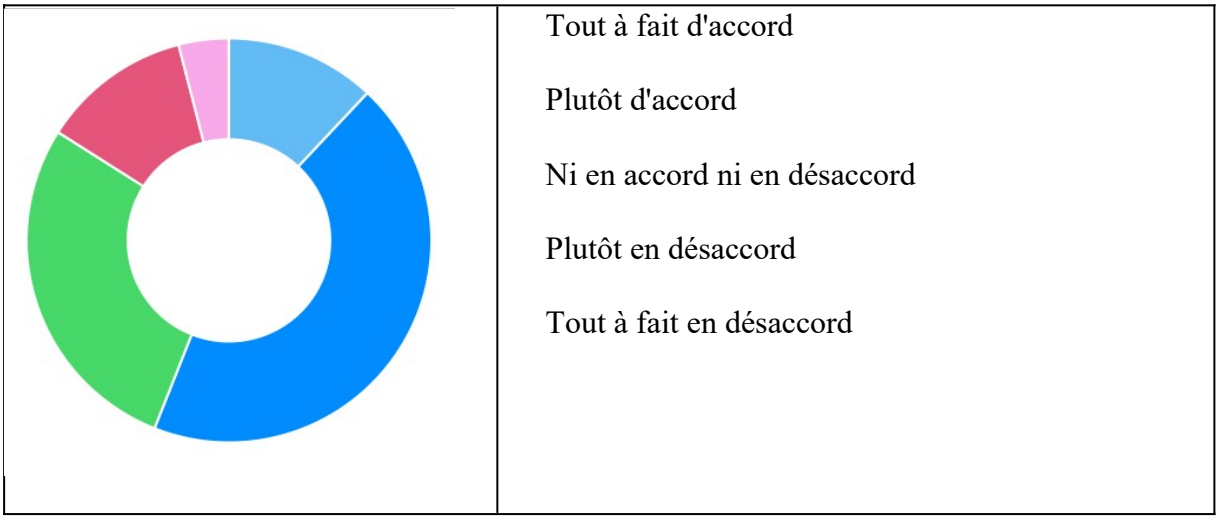


Figure 78 : répartition des avis de la 50ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	3	12,0%
Plutôt d'accord	11	44,0%
Ni en accord ni en désaccord	7	28,0%
Plutôt en désaccord	3	12,0%
Tout à fait en désaccord	1	4,0%

Tableau 60 : l'administration de l'hôpital se reposera sur les cadres de santé de pôles

56 % d'accord contre 16 % de désaccord. D'après ces résultats, nous pouvons conclure que demain l'administration de l'hôpital reviendra aux cadres de santé de pôles. Toutefois, il ne faut quand même pas écarter totalement la participation de la direction qui reste la clé de voûte.

.

51. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle sera ce que l'interne est aujourd'hui pour le médecin senior, à savoir l'homme à tout faire.

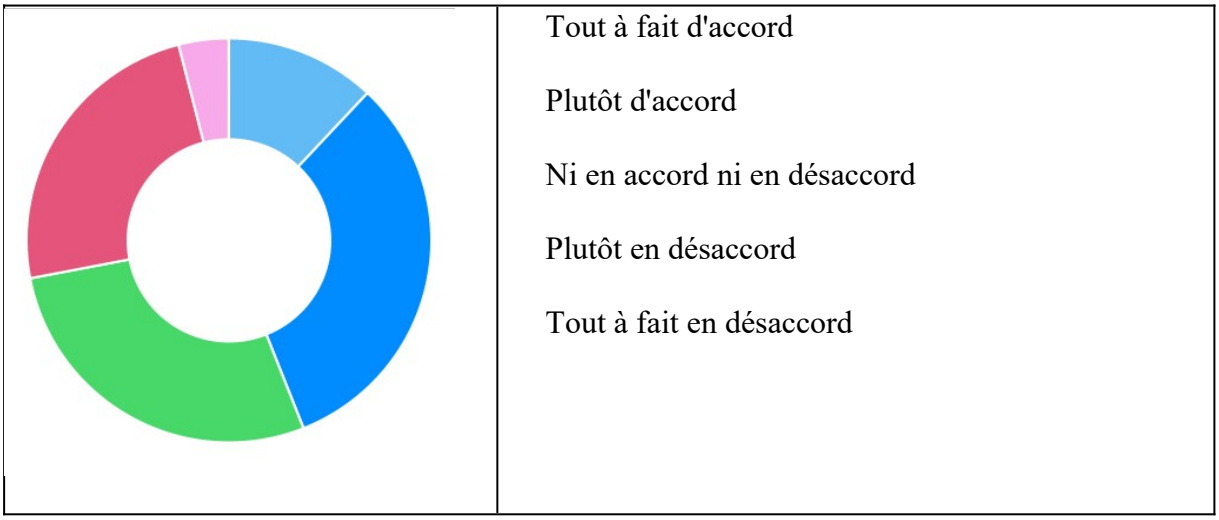


Figure 79 : répartition des avis de la 51ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	3	12,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	7	28,0%
Plutôt en désaccord	6	24,0%
Tout à fait en désaccord	1	4,0%

Tableau 61 : le cadre de santé de pôle sera l'homme à tout faire

C'est vrai que l'interne a toujours eu cette réputation de l'homme à tout faire. Les réponses confirment cette assertion, à savoir 44 % des personnes interrogées sont d'accord contre 28 % que le cadre de santé de pôle de demain aura beaucoup de travail. Nous remarquons tout de même que 28 % de personnes sont sceptiques.

.

52. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle participera pleinement dans la prise en charge des patients.

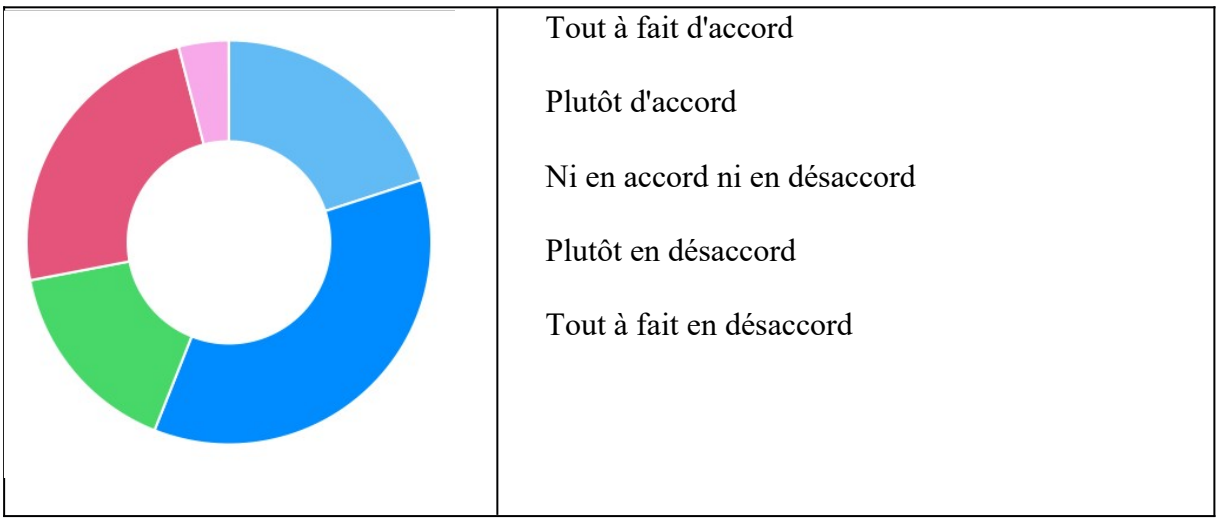


Figure 80 : répartition des avis de la 52ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	5	20,0%
Plutôt d'accord	9	36,0%
Ni en accord ni en désaccord	4	16,0%
Plutôt en désaccord	6	24,0%
Tout à fait en désaccord	1	4,0%

Tableau 62 : la participation du cadre de santé de pôle dans la prise en charge des patients

Les résultats montrent 56 % d'accord contre 28 % de désaccord. C'est rassurant car le rôle organisationnel ou managérial de l'encadrement de pôle a toujours été pour la bonne prise en charge des patients.

.

53. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, la gestion de l'hôpital sera partagée entre la direction et les cadres de santé de pôles.

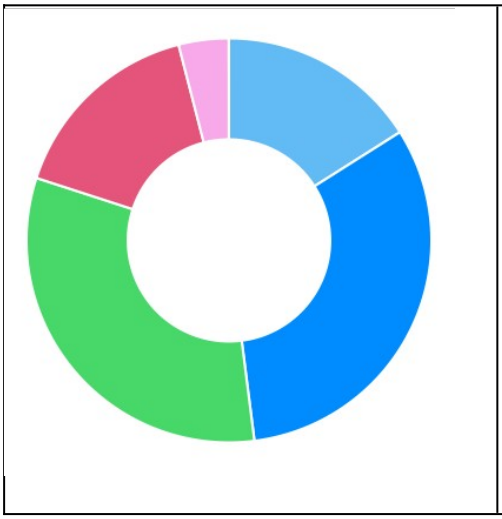


Figure 81 : répartition des avis de la 53ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	4	16,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	8	32,0%
Plutôt en désaccord	4	16,0%
Tout à fait en désaccord	1	4,0%

Tableau 63 : la gestion de l'hôpital sera partagée entre la direction et les cadres de santé de pôles

Demain, la gestion de l'hôpital sera partagée entre la direction et les cadres de santé de pôles a recueilli 48 % d'accord contre 20 % de désaccord. La participation de l'encadrement de pôle dans la gestion de l'hôpital n'est plus à prouver.

54. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle sera de plus en plus impliqué dans le GHT

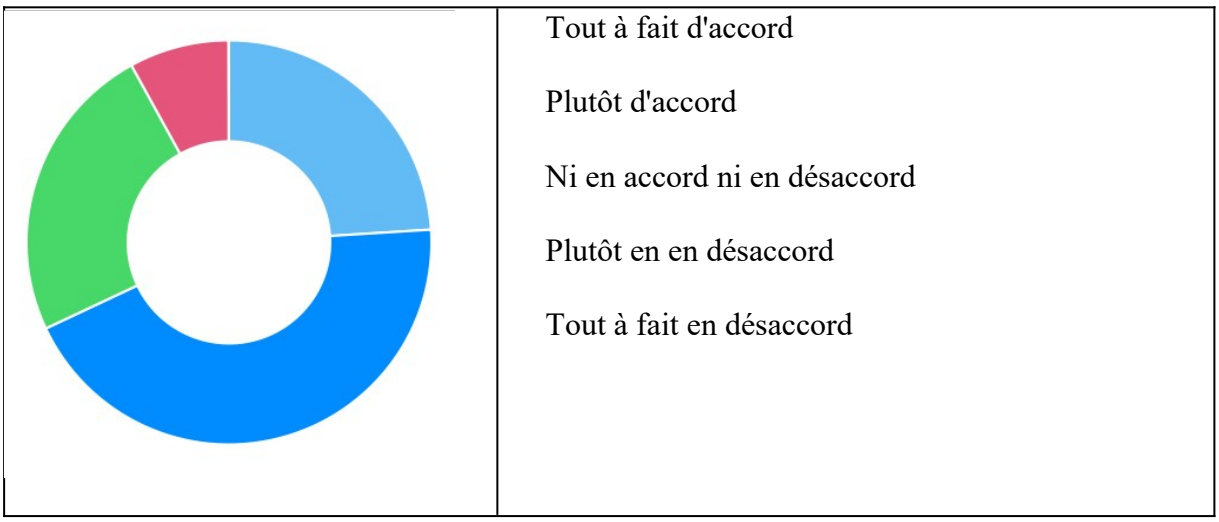


Figure 82 : répartition des avis de la 54ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	6	24,0%
Plutôt d'accord	11	44,0%
Ni en accord ni en désaccord	6	24,0%
Plutôt en en désaccord	2	8,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 64 : l'implication du cadre de santé dans le GHT

L'implication des cadres de santé de pôle dans les GHT a recueilli 68 % d'accord contre 8 % de désaccord. Ces résultats montrent bien que les personnes interrogées sont en faveur d'une place importante, d'une grande implication de l'encadrement de pôle demain au sein des GHT.

55. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle ne jouera aucun rôle dans le GHT.

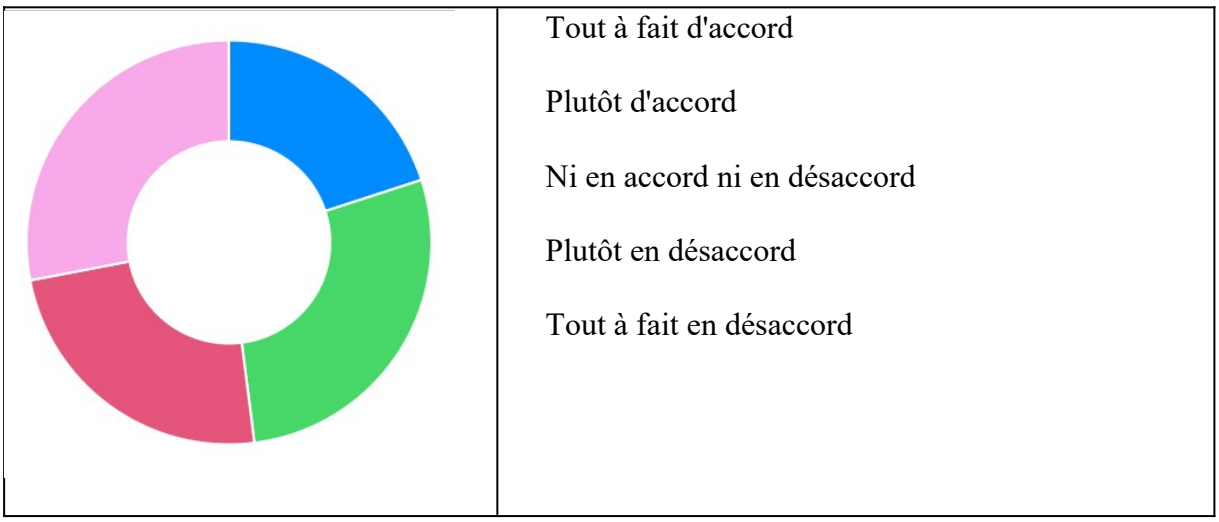


Figure 83 : répartition des avis de la 55ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	0	0,0%
Plutôt d'accord	5	20,0%
Ni en accord ni en désaccord	7	28,0%
Plutôt en désaccord	6	24,0%
Tout à fait en désaccord	7	28,0%

Tableau 65 : le cadre de santé de pôle ne jouera aucun rôle dans le GHT

Les résultats montrent 52 % de désaccord contre 20 % d'accord. Ces résultats témoignent de la volonté des personnes interrogées de voir le cadre de santé de pôle occuper des fonctions dans le GHT demain.

56. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle sera moins impliqué dans les GHT.

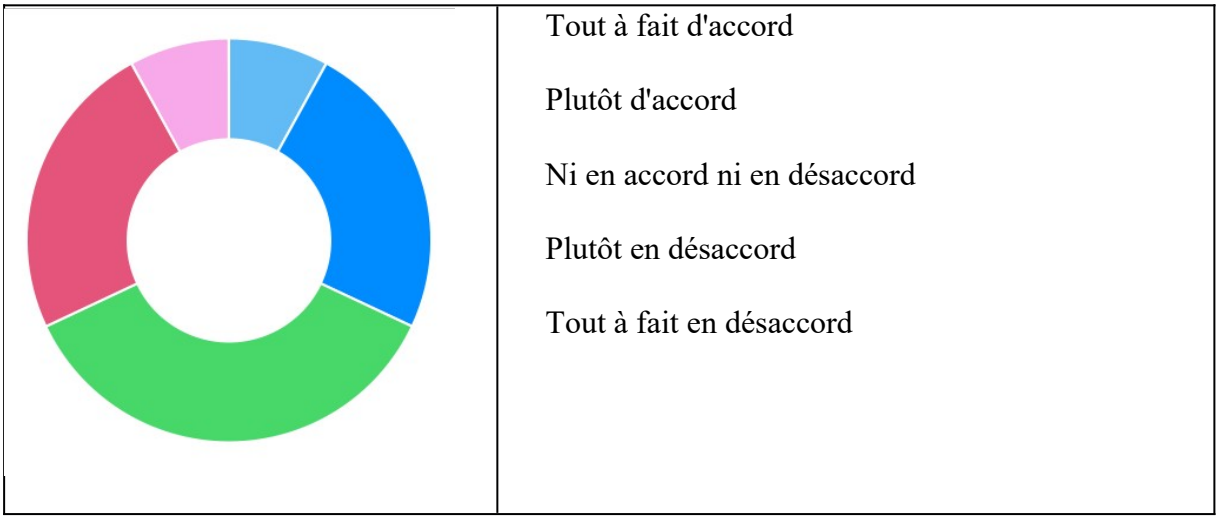


Figure 84 : répartition des avis de la 56ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	2	8,0%
Plutôt d'accord	6	24,0%
Ni en accord ni en désaccord	9	36,0%
Plutôt en désaccord	6	24,0%
Tout à fait en désaccord	2	8,0%

Tableau 66 : le cadre de santé de pôle sera moins impliqué dans les GHT.

Les résultats montrent que les personnes interrogées sont partagées (32 % d'accord contre 32 % de désaccord) et 36 % d'indécis. Ces résultats prouvent que la question des cadres de santé de pôle au sein du GHT n'est pas encore tranchée.

.

57. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle ne jouera pas de rôle important dans le GHT.

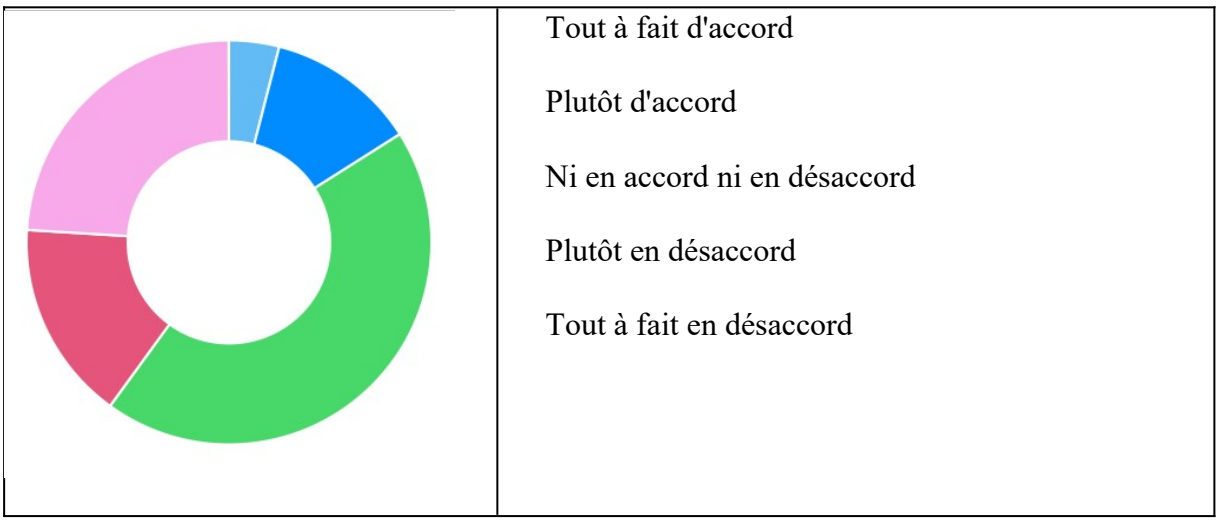


Figure 85 : répartition des avis de la 57ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	1	4,0%
Plutôt d'accord	3	12,0%
Ni en accord ni en désaccord	11	44,0%
Plutôt en désaccord	4	16,0%
Tout à fait en désaccord	6	24,0%

Tableau 67 : le cadre de santé de pôle ne jouera pas de rôle important dans le GHT

Ces résultats viennent confirmer ceux donnés à la question précédente (n°56), à savoir le rôle que devra jouer ou pas l'encadrement de pôle demain dans les GHT.

58. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle n'aura aucune reconnaissance de la direction de l'hôpital.

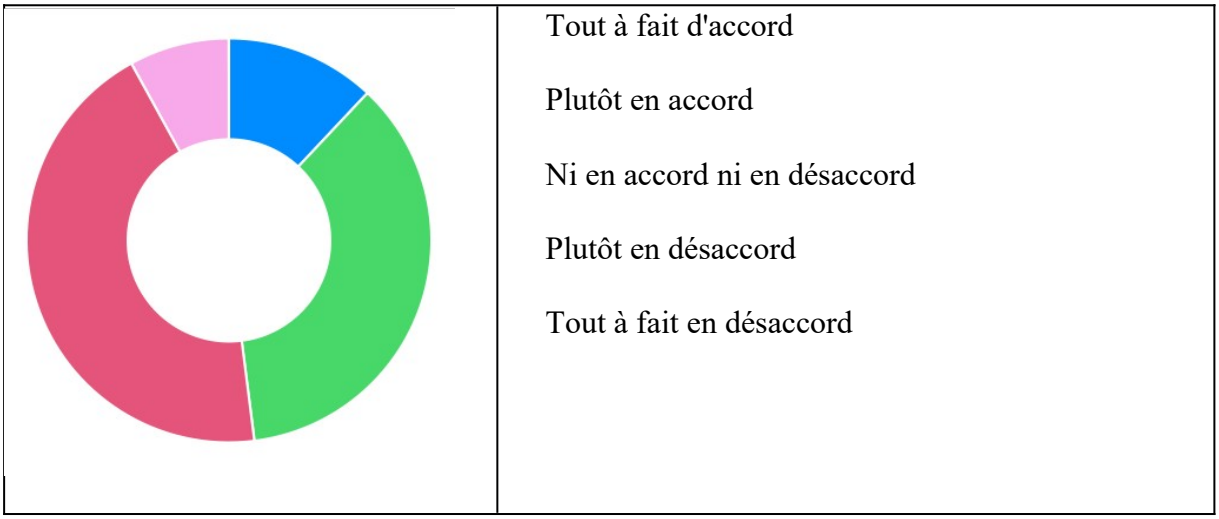


Figure 86 : répartition des avis de la 58ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	0	0,0%
Plutôt en accord	3	12,0%
Ni en accord ni en désaccord	9	36,0%
Plutôt en désaccord	11	44,0%
Tout à fait en désaccord	2	8,0%

Tableau 68 : le cadre de santé de pôle n'aura aucune reconnaissance de la direction de l'hôpital

Le désaccord (52%) l'emporte sur l'accord (12%). Autrement dit, demain l'encadrement de pôle aura la reconnaissance de la direction de l'hôpital. La reconnaissance est l'un des moteurs de la motivation.

.

59. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle pourra remplacer un soignant à son poste en cas d'absence.

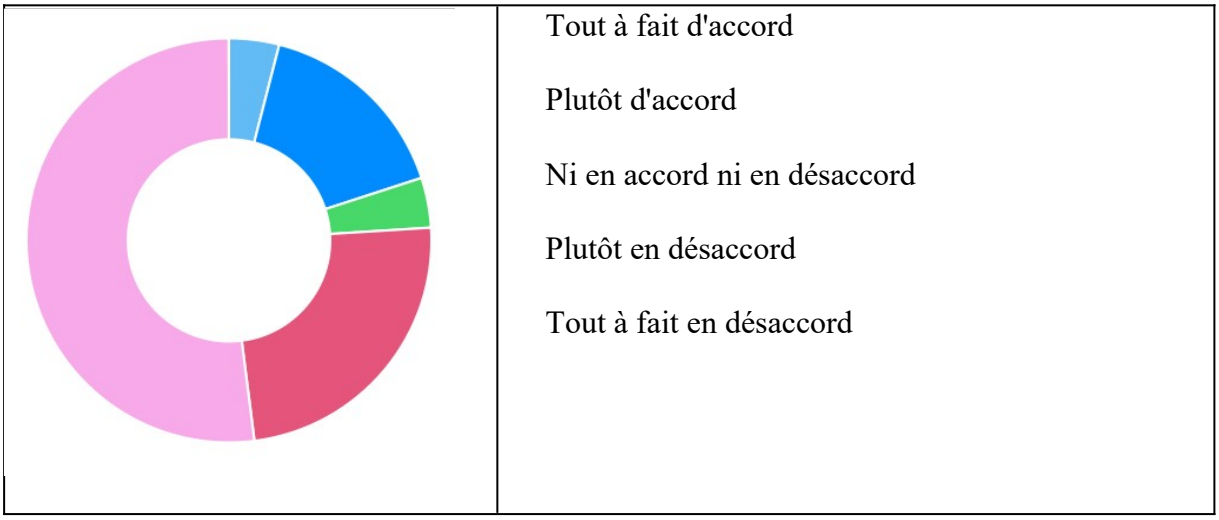


Figure 87 : répartition des avis de la 59ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	1	4,0%
Plutôt d'accord	4	16,0%
Ni en accord ni en désaccord	1	4,0%
Plutôt en désaccord	6	24,0%
Tout à fait en désaccord	13	52,0%

Tableau 69 : la problématique du remplacement d'un soignant par le cadre de santé de pôle

Cette question recueille des réponses négatives à 76 % contre 20 % de réponses positives. Les personnes interrogées ont clamé clairement leur aversion pour cette possibilité de faire travailler le cadre de santé de pôle à la place d'un soignant absent.

60. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle sera le trait d'union entre l'hôpital et l'extérieur.

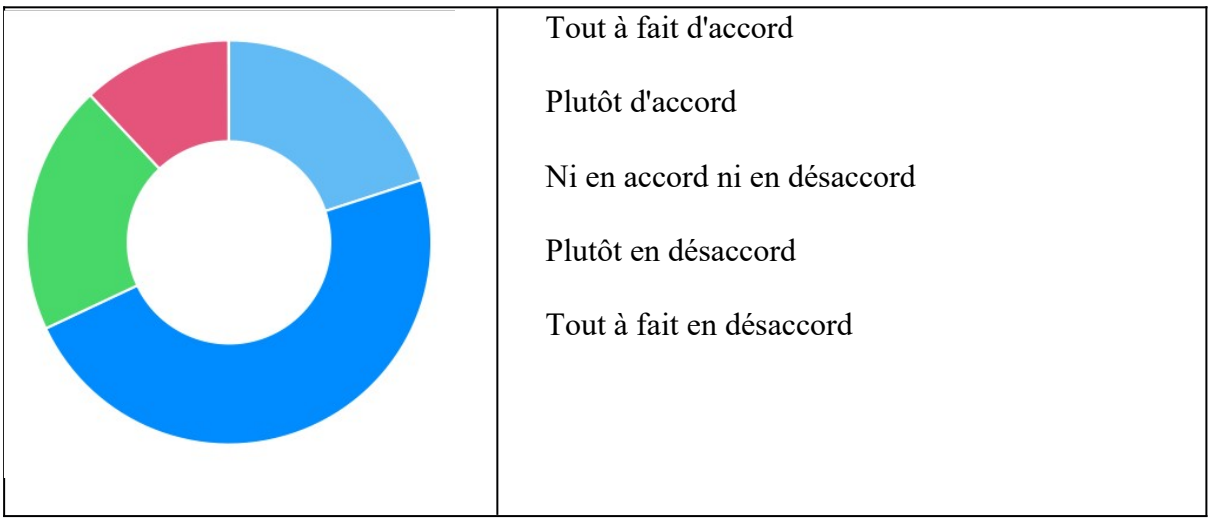


Figure 88 : répartition des avis de la 60ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	5	20,0%
Plutôt d'accord	12	48,0%
Ni en accord ni en désaccord	5	20,0%
Plutôt en désaccord	3	12,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 70 : le cadre de santé de pôle sera le trait d'union entre l'hôpital et l'extérieur

Le rôle de trait d'union du cadre de santé de pôle est réaffirmé ici : 68 % d'accord contre 12 % de désaccord. Il joue déjà ce rôle avec les partenaires d'autres centres hospitaliers (du GHT ou pas) voire avec des partenaires privés dans les situations du benchmarking et autres.

Le cadre de santé de pôle est un acteur en charge du pilotage de son pôle. A cet égard, il est responsable en cas de sollicitations extérieures auxquelles il a le devoir d'apporter des réponses adéquates. Il pourrait même remplacer le directeur de soins au cours de réunions tenues à l'extérieur de l'hôpital.

61. Le cadre de santé de pôle de demain.

Il ne pourra pas remplacer un soignant à son poste en cas d'absence.

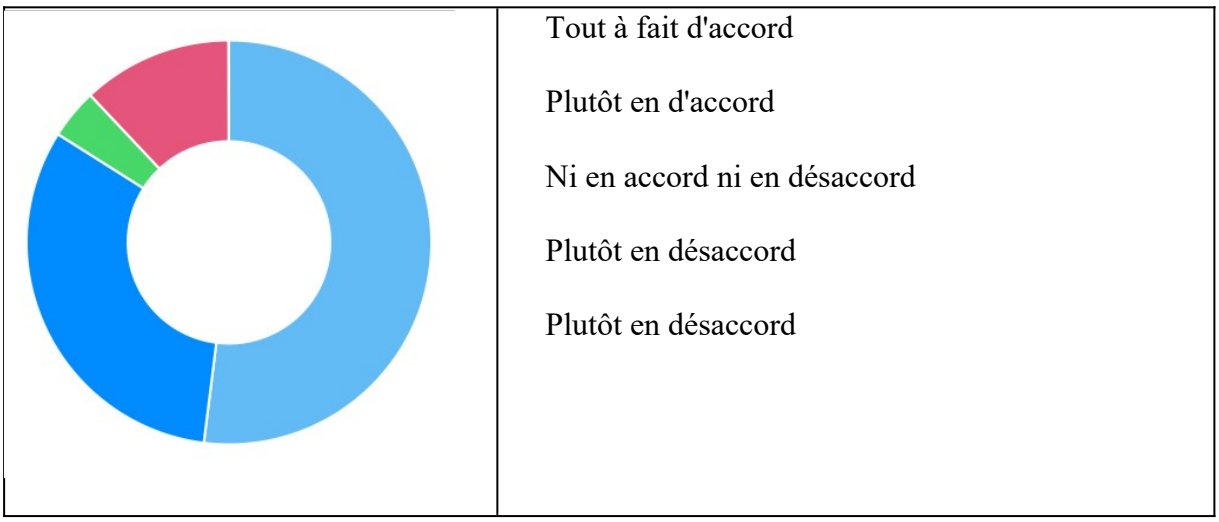


Figure 89 : répartition des avis de la 61ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	13	52,0%
Plutôt en d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	1	4,0%
Plutôt en désaccord	3	12,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%

Tableau 71 : le cadre de santé de pôle ne pourra pas remplacer un soignant à son poste en cas d'absence

Ils sont 84 % à être d'accord que le cadre de santé de pôle ne pourra pas remplacer un soignant en cas d'absence contre 16 % de désaccord. Il est vrai que ce n'est pas le rôle du cadre de santé de pôle.

.

En même temps un cadre de santé de pôle est un soignant. Par conséquent, il pourrait remplacer un agent absent à son poste. Le problème c'est que le cadre de santé de pôle n'est pas toujours issu de la même filière soignante que l'agent absent. Il y a des cadres de santé de pôle qui sont issus des filières médico-techniques.

62. Le cadre de santé de pôle de demain.

Il sera un superviseur des actions sociales à l'hôpital.

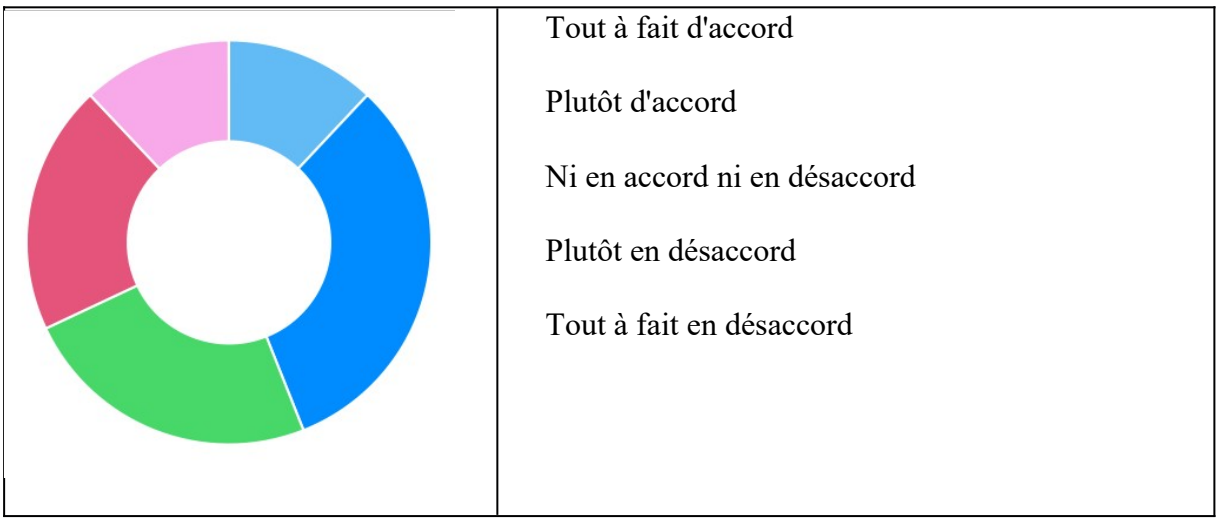


Figure 90 : répartition des avis de la 62ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	3	12,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	6	24,0%
Plutôt en désaccord	5	20,0%
Tout à fait en désaccord	3	12,0%

Tableau 72 : réponses à la supervision des actions sociales à l'hôpital

Dans tout établissement de santé, en l'occurrence l'hôpital, il existe toujours une assistante sociale pour s'occuper des problématiques sociales. On retrouve 44 % des personnes interrogées d'accord contre 32 % de désaccord. Nous savons qu'habituellement le cadre de santé de pôle ne s'occupe pas directement des questions sociales, à moins qu'il s'agisse d'orienter les personnes vers une assistance sociale. Il peut être simplement l'initiateur des

.

actions sociales en qualité d'organisateur. Mais il faut bien comprendre que l'affirmation concernait la supervision des actions sociales. En tant que cadre de santé de pôle, il peut superviser les actions sociales.

63. Le cadre de santé de pôle de demain.

Après la crise sanitaire, le cadre de santé de pôle retrouvera le fonctionnement normal de ses missions

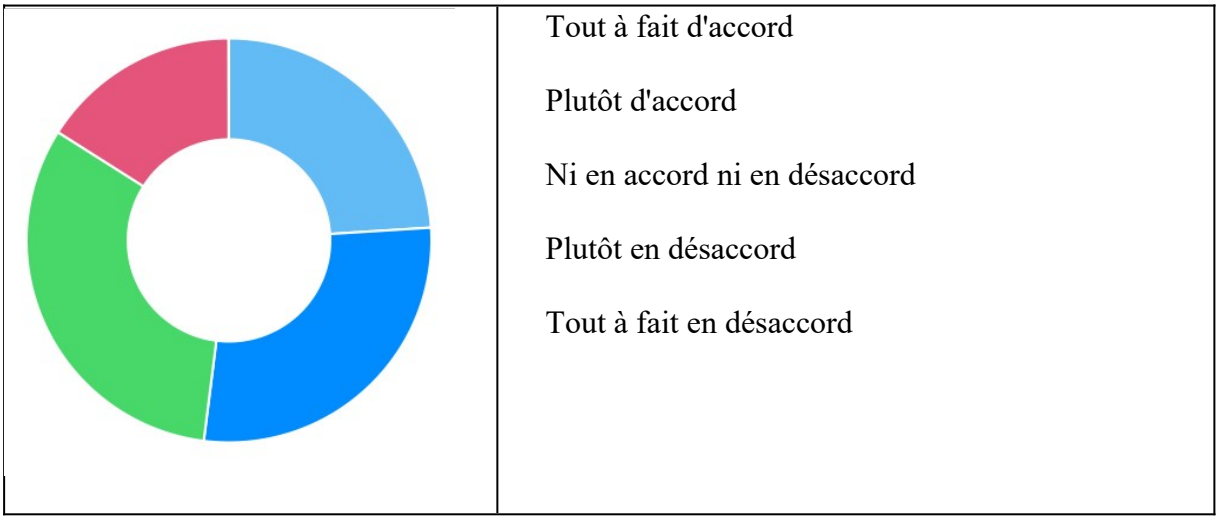


Figure 91 : répartition des avis de la 63ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	6	24,0%
Plutôt d'accord	7	28,0%
Ni en accord ni en désaccord	8	32,0%
Plutôt en désaccord	4	16,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 73 : après la crise sanitaire le cadre de santé retrouvera ses missions

La crise sanitaire a beaucoup bouleversé des habitudes des soignants et leurs hiérarchies dont le cadre de santé de pôle. 52 % des personnes trouvent que le cadre de santé de pôle va retrouver ses missions à la fin de la crise sanitaire contre 16 % de désaccord. Il n'y aura plus les aspects d'urgence comme au temps fort du Covid.

.

Cependant, on observe que 32 % des personnes sont indécises ; ce qui voudrait dire qu'il y a parmi les personnes interrogées une bonne partie qui ne sait pas si l'après Covid va changer des habitudes de travail ou non.

Nous savons par ailleurs que les cadres de santé de pôle pendant le Covid étaient en télétravail une à deux fois par semaine. Est-ce que cela pourra continuer ?

.

64. Le cadre de santé de pôle de demain.

Après la crise sanitaire, le cadre de santé de pôle ne pourra plus fonctionner comme avant à cause des habitudes qui auront changé.

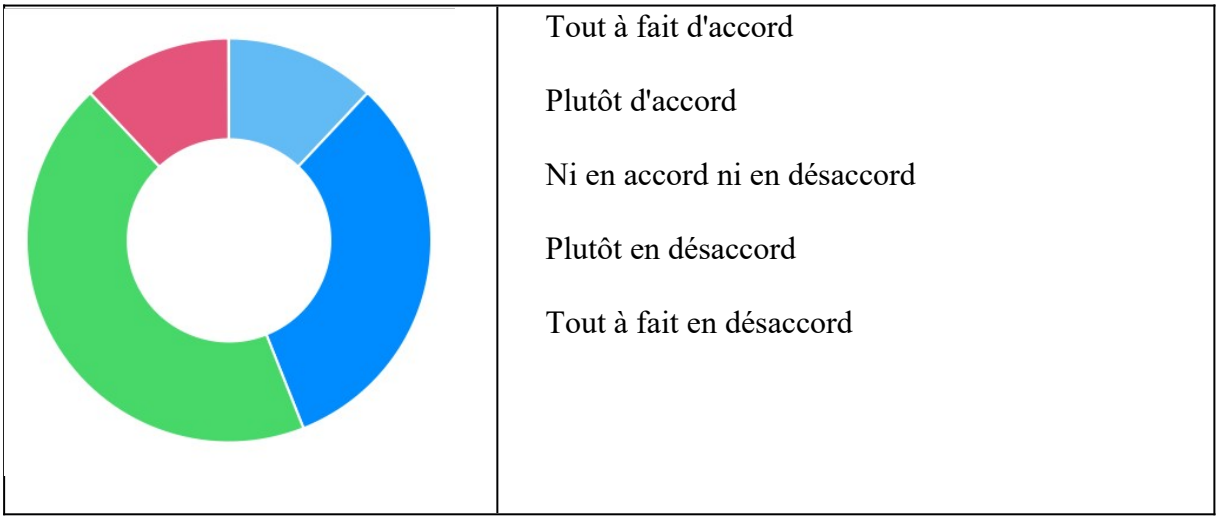


Figure 92 : répartition des avis de la 64ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	3	12,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	11	44,0%
Plutôt en désaccord	3	12,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 74 : après la crise sanitaire le cadre de santé ne fonctionnera plus comme avant

44 % des personnes sont en effet d'accord qu'après la crise sanitaire les cadres de santé de pôles ne pourront plus fonctionner comme avant à cause des habitudes qui auront changé contre 12 % de désaccord. En même temps 44 % des personnes ne se sont pas déterminées, ce qui pourrait prouver la difficulté de prévoir ce qui se passera demain.

.

65. Le cadre de santé de pôle de demain.

La communication sera toujours une des compétences du cadre de santé de pôle

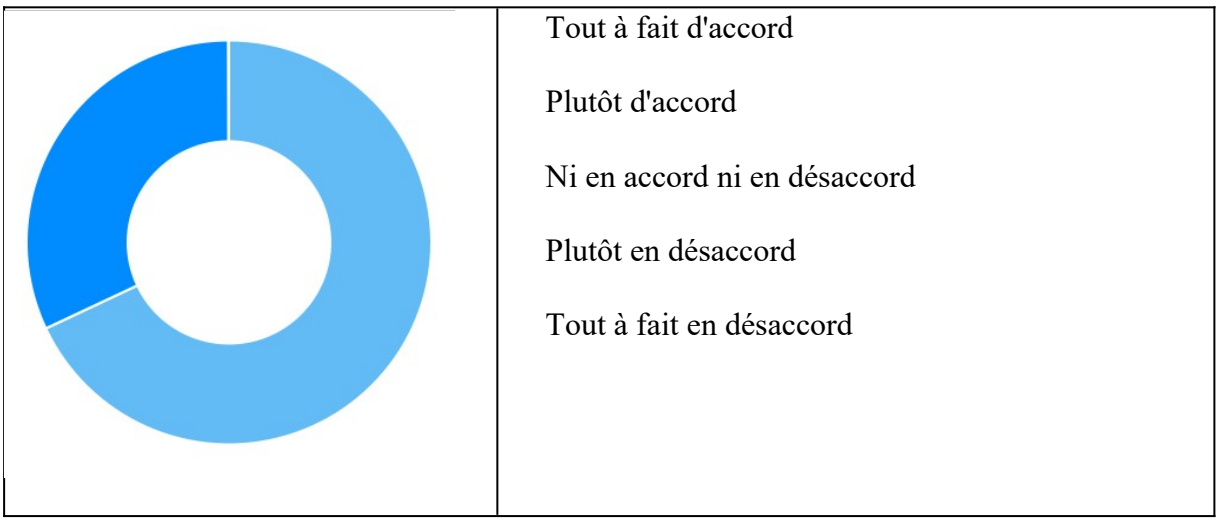


Figure 93 : répartition des avis de la 65ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	17	68,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	0	0,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 75 : la communication comme compétence du cadre de santé de pôle

La communication sera toujours une des compétences du cadre de santé de pôle. La question a recueilli 100 % d'accord contre 0 % de désaccord. La communication va éviter des mauvaises interprétations des sujets et thèmes qui risqueraient de générer des tensions au lieu d'atteindre le but recherché, c'est à dire apaiser le climat pour une bonne ambiance de travail.

Pour cela, le cadre de santé de pôle peut utiliser différents supports : la communication verbale et non verbale, la communication textuelle et visuelle. Tout cela pour assurer une bonne continuité de service.

Il sera préférable que le cadre de santé de pôle communique lui même avec les équipes, ne serait-ce que participer à certaines réunions de service afin d'éviter les biais informationnels.

.

66. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, l'apprentissage du cadre de santé de pôle ne se fera plus sur le tas.

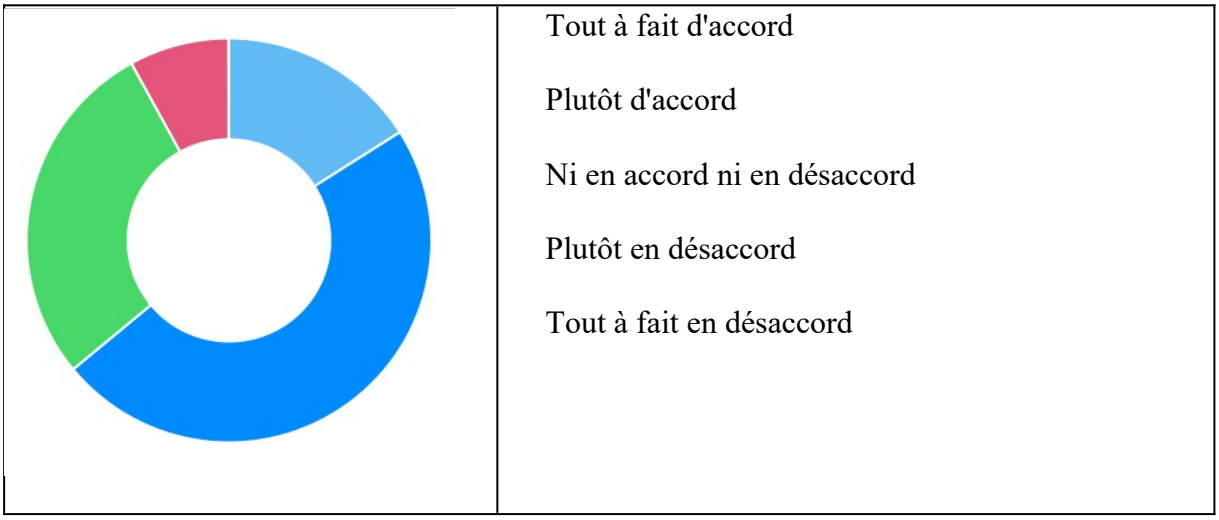


Figure 94 : répartition des avis de la 66ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	4	16,0%
Plutôt d'accord	12	48,0%
Ni en accord ni en désaccord	7	28,0%
Plutôt en désaccord	2	8,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 76 : l'apprentissage du cadre de santé de pôle ne se fera plus sur le tas

Il est préférable que l'apprentissage du cadre de santé de pôle ne se fasse plus sur le tas. C'est ce que les personnes interrogées ont répondu majoritairement : 62 % contre 8 %. Il lui faut une solide formation pour gérer le pôle.

La formation sur le tas ne permet pas une bonne gestion du pôle. On assiste dans ce cas à des transmissions des savoirs qui sont parfois non consolidés et source de nombreuses erreurs. Ce type de formation ne concourt pas à l'amélioration du capital humain par défaut de réelles compétences et de réelles aptitudes à la profession. Apprendre sur le tas c'est apprendre en pratiquant les gestes du métier sans aucune préparation adéquate et réelle en amont.

67. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle sera le moteur de la coopération entre les services.

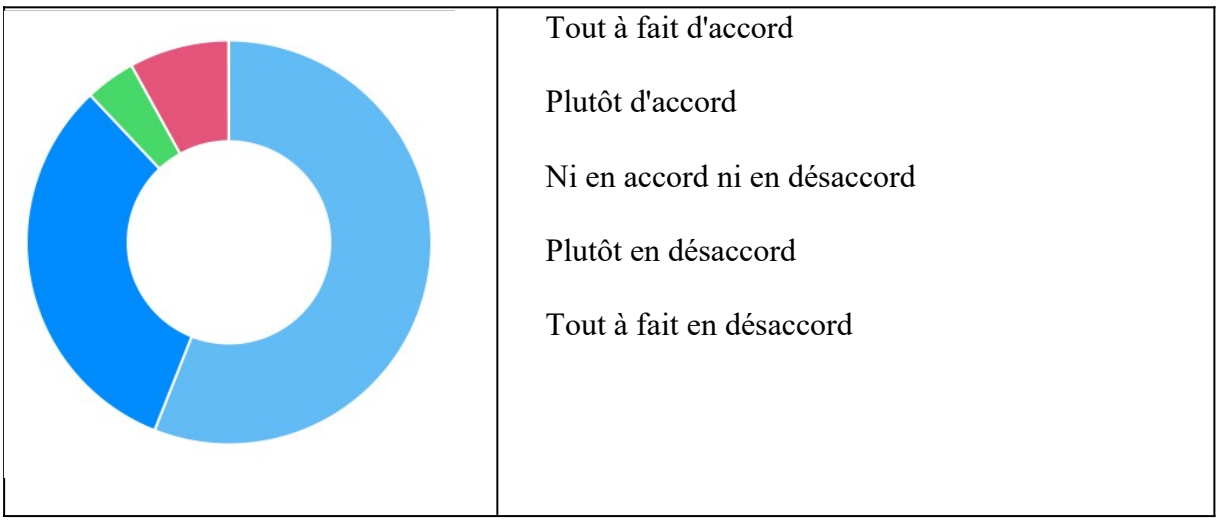


Figure 95 : répartition des avis de la 67ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	14	56,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	1	4,0%
Plutôt en désaccord	2	8,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 77 : le cadre de santé de pôle comme moteur de la coopération inter-services

La coopération est essentielle entre les équipes. Elle peut exister dans le cadre des actions ou des projets ayant des objectifs communs. Les résultats montrent qu'il y a eu 88 % d'accord contre 8 % de désaccord mettant ainsi le cadre de santé de pôle au centre de la coopération interservices.

.

La coopération a des avantages car elle favorise le déploiement de bonnes personnes sur les postes de travail qu'elles méritent, les postes de travail dont elles ont l'expertise..

Il ne faudrait cependant pas oublier que la coopération présente un certain nombre d'inconvénients : la perte d'autonomie, de légitimité et parfois de l'identité propre.

.

68. Le cadre de santé de pôle de demain.

Le cadre de santé de pôle veillera à la formation des cadres de santé de pôles.

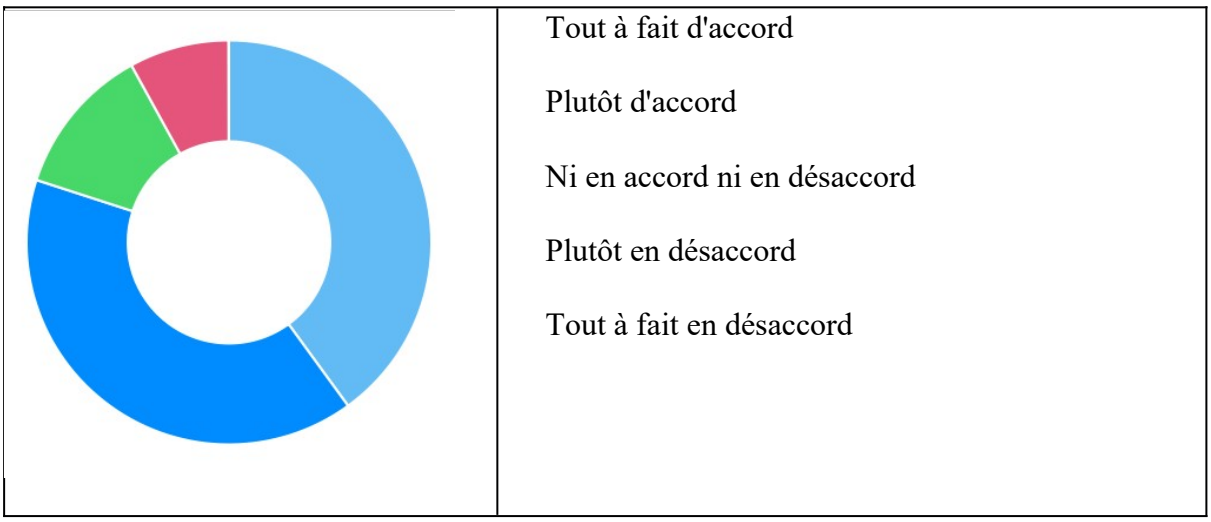


Figure 96 : répartition des avis de la 68ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	10	40,0%
Plutôt d'accord	10	40,0%
Ni en accord ni en désaccord	3	12,0%
Plutôt en désaccord	2	8,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 78 : le cadre de santé de pôle veillera à la formation des cadres de santé de pôles

« Le cadre de santé de pôle devra veiller à la formation des cadres de santé de pôles » a été approuvé par 80 % des personnes interrogées contre 8 % de désaccord. Il me semble cependant normal que le cadre de de pôle s'occupe de la formation des cadres de santé de pôles : trouver des centres de formation en management ou en gestion qu'il mettra à la connaissance de toute l'équipe.

.

69. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle sera le diffuseur des informations sur l'établissement.

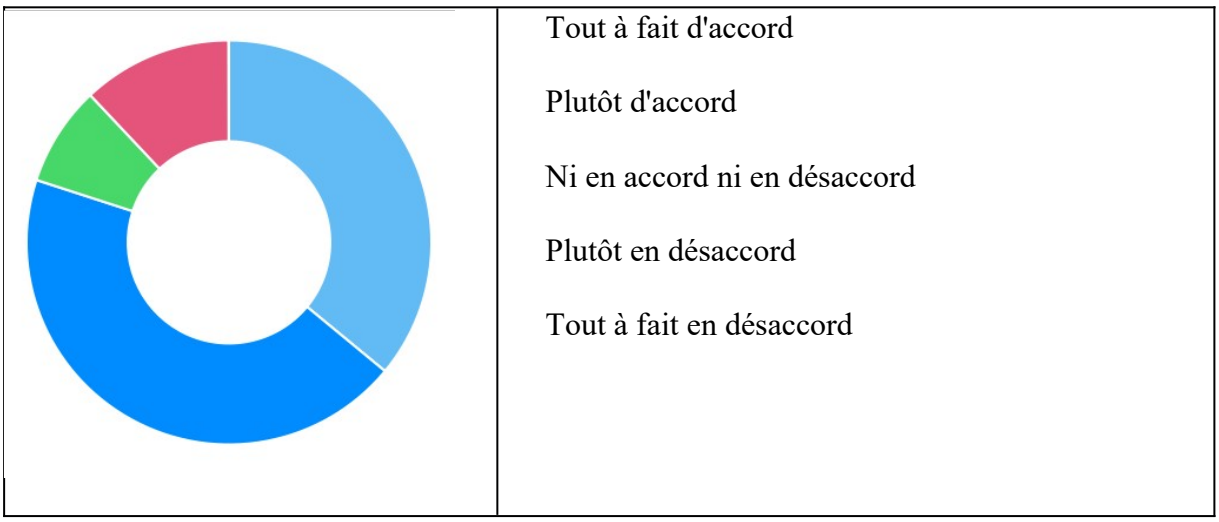


Figure 97 : répartition des avis de la 69ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	9	36,0%
Plutôt d'accord	11	44,0%
Ni en accord ni en désaccord	2	8,0%
Plutôt en désaccord	3	12,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 79 : le cadre de santé comme diffuseur d'informations au sein de l'établissement

Par des supports adéquats (réunions, affiches...), le cadre de santé de pôle devra être le transmetteur des informations au sein de l'établissement. Il a été approuvé à 80 % contre 12 % de désaccord. La diffusion de l'information fait partie de sa fiche de poste.

L’organisation de l’information est un gage de bonne gestion des équipes. Les projets, les actions et le management sont ainsi facilités.

Nous pouvons dire que la bonne gestion de l’information est un puissant renfort pour le pilotage de l’ensemble des projets.

.

70. Le cadre de santé de pôle de demain.

Il informera ses équipes sur les problématiques internes et externes.

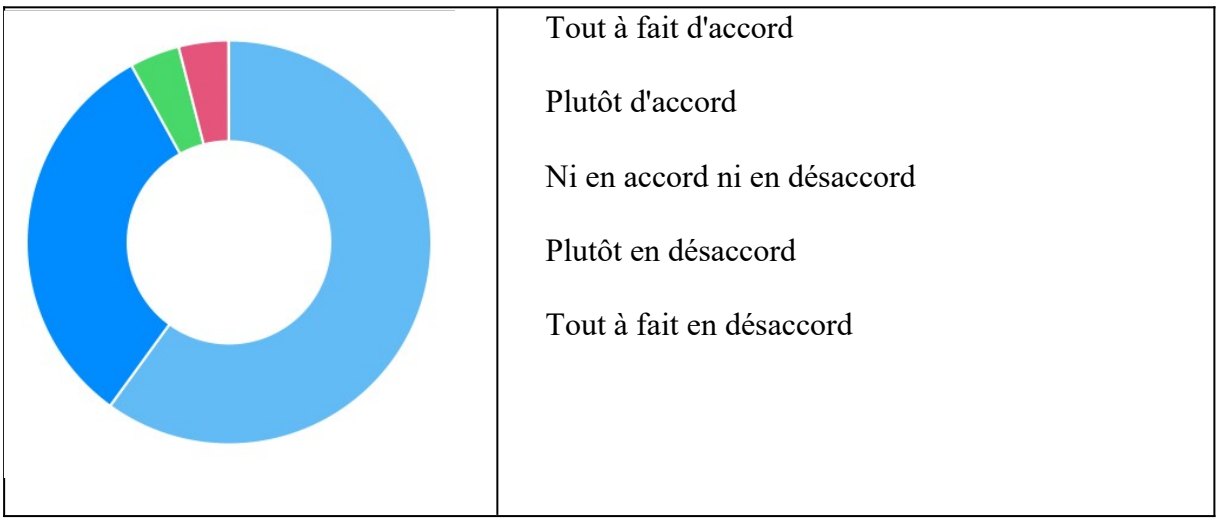


Figure 98 : répartition des avis de la 70ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	15	60,0%
Plutôt d'accord	8	32,0%
Ni en accord ni en désaccord	1	4,0%
Plutôt en désaccord	1	4,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 80 : information des équipes sur les problématiques internes et externes

Cette question a été approuvée à 92 % contre seulement 4 % de désaccord. Le cadre de santé de pôle devra informer les équipes sur toutes les problématiques, qu'elles soient internes ou externes. En interne, il pourrait s'agir des problématiques de ressources (humaines, matérielles et financières) et en externe des actions à mener, par exemple, dans le cadre de la coopération.

.

La cause des malentendus vient du fait que les agents ne sont pas mis au courant de tout ce qui se passe au niveau du pôle. Les équipes ont parfois le sentiment qu'on leur cache des choses. « On ne nous dit rien ».

Les fortes personnalités parmi les soignants ont tendance à récupérer cette situation et empoisonner le climat au sein des services. C'est la source des démotivations.

.

71. Le cadre de santé de pôle de demain.

Le cadre de santé de pôle encouragera les agents à participer aux projets médico-sociaux.

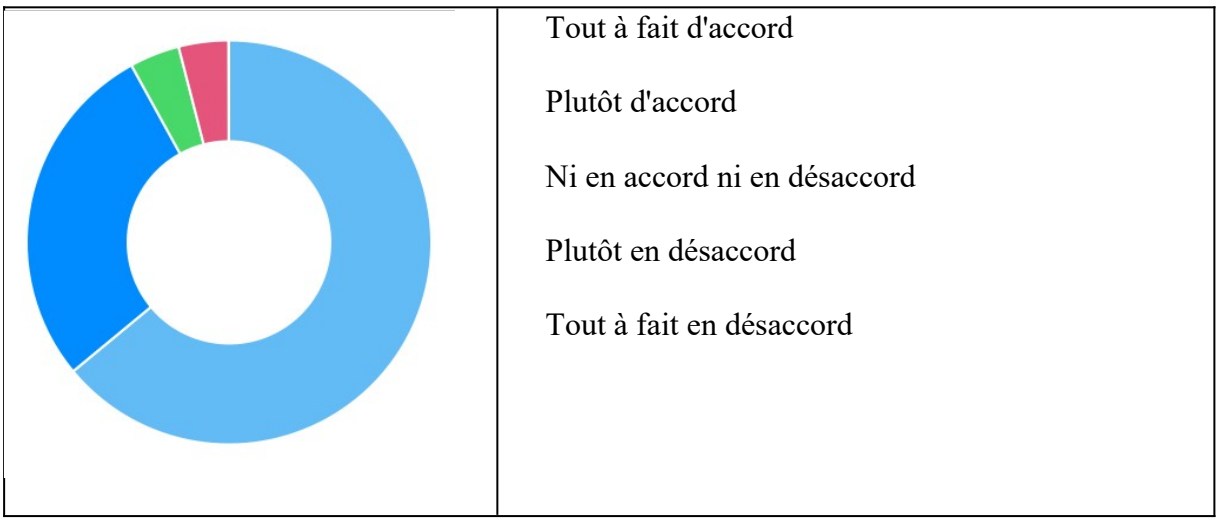


Figure 99 : répartition des avis de la 71ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	16	64,0%
Plutôt d'accord	7	28,0%
Ni en accord ni en désaccord	1	4,0%
Plutôt en désaccord	1	4,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 81 : le cadre de santé de pôle encouragera les agents à participer aux projets médico-sociaux

Nous avons souvent remarqué un désintéressement de certains agents à participer aux projets médico-sociaux. En effet, le cadre de santé de pôle devra encourager ces agents à participer à ce type de projets en leur expliquant l'intérêt pour le(s) service(s).

Les résultats indiquent ici 92 % d'accord contre seulement 4 % de désaccord ; ce qui montre bien que les personnes interrogées ont été sensibles au fait que le cadre de santé de pôle encouragera la mise en place des projets médico-sociaux.

.

72. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle validera toujours le travail du cadre de santé de proximité.

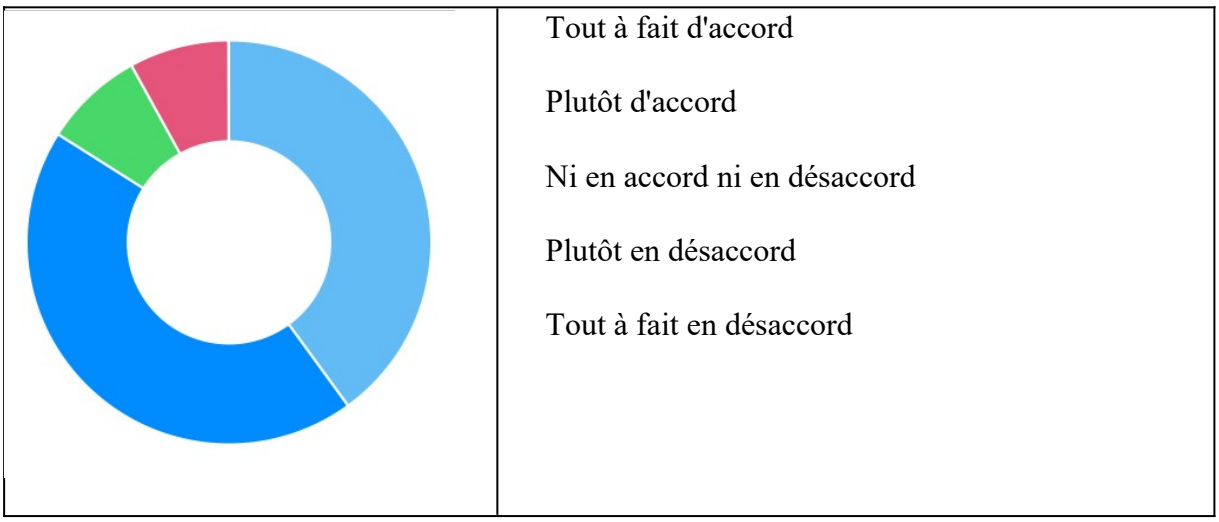


Figure 100 : répartition des avis de la 72ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	10	40,0%
Plutôt d'accord	11	44,0%
Ni en accord ni en désaccord	2	8,0%
Plutôt en désaccord	2	8,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 82 : réponses en lien avec la validation du travail des cadres de santé de proximité par le cadre de santé de pôle

Le cadre de santé de pôle fait partie de la première hiérarchie (n+1) du cadre de santé de proximité. Il est bien établi dans sa fiche de poste qu'il doit encadrer le cadre de santé de proximité. À cet égard, il doit et devra valider le travail du cadre de santé de proximité.

Nous pouvons prendre comme exemple la validation des plannings mensuels des équipes. Après avoir élaboré les plannings, le cadre de santé de proximité se doit de les présenter au cadre de santé de pôle pour la validation. C'est après cela que le cadre de santé de proximité pourra alors afficher les plannings des agents.

73. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle accordera un espace de liberté de gestion à ses cadres de santé de proximité.

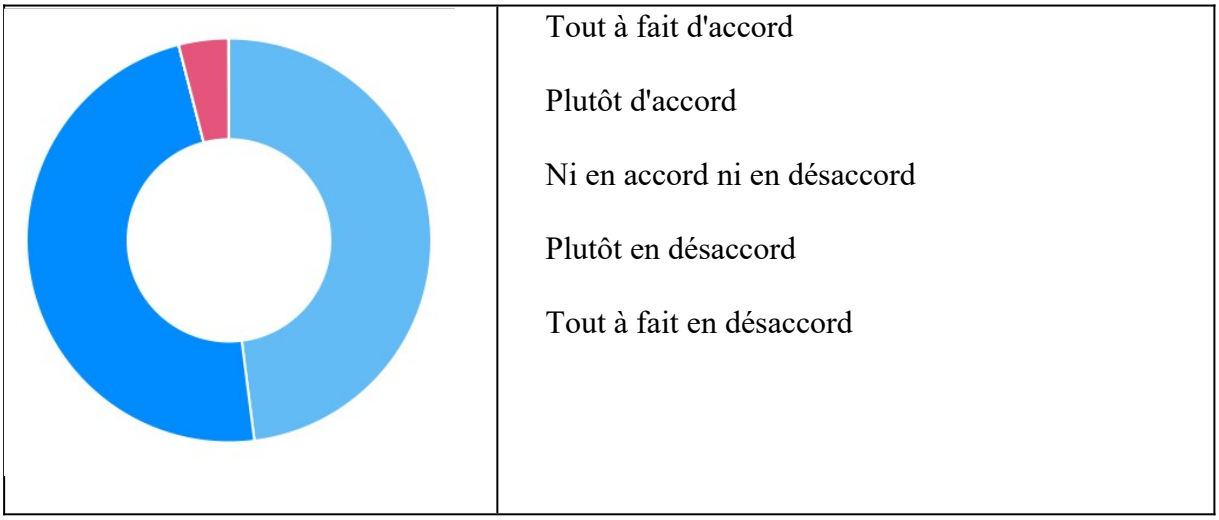


Figure 101 : répartition des avis de la 73ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	12	48,0%
Plutôt d'accord	12	48,0%
Ni en accord ni en désaccord	0	0,0%
Plutôt en désaccord	1	4,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 83 : le cadre de santé de pôle accordera un espace de liberté de gestion à ses cadres de santé de proximité

Nous pouvons comprendre par espace de gestion une certaine autonomie d'action. Le cadre de santé de proximité doit se sentir pleinement responsable de son équipe.

.

Le cadre de santé de proximité ne doit pas tout le temps être court-circuité par son n+1. C'est pour cela qu'il lui faudra un espace de gestion et de management de ses équipes. Les personnes interrogées ont approuvé cette affirmation à 96 % contre seulement 4 % de désaccord.

.

74. Le cadre de santé de pôle de demain.

Le cadre de santé de pôle devra toujours répondre aux sollicitations de la direction.

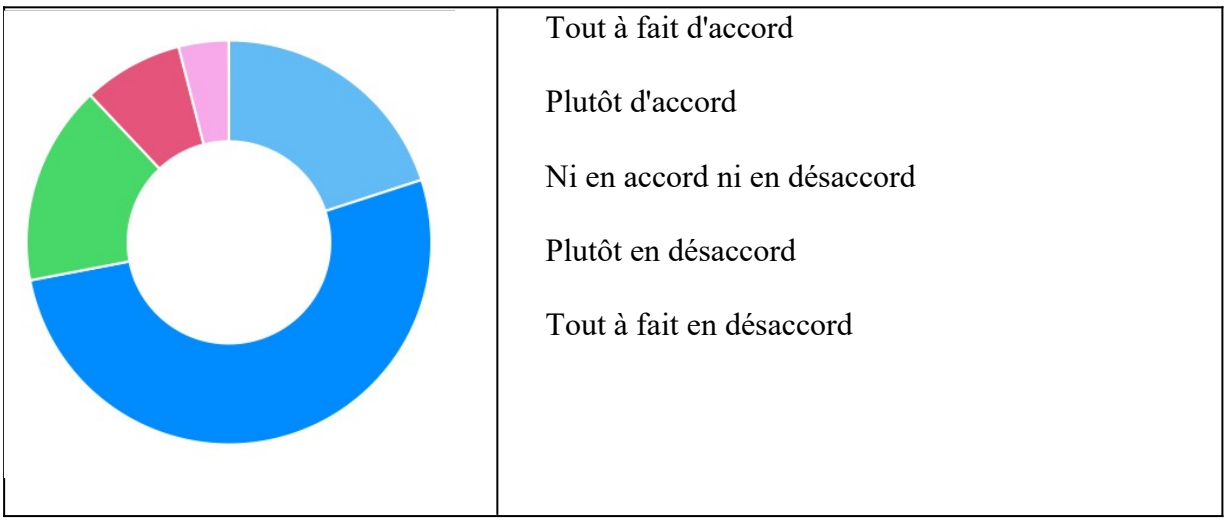


Figure 102 : répartition des avis de la 74ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	5	20,0%
Plutôt d'accord	13	52,0%
Ni en accord ni en désaccord	4	16,0%
Plutôt en désaccord	2	8,0%
Tout à fait en désaccord	1	4,0%

Tableau 84 : réponses sur les sollicitations de la direction

La direction est la hiérarchie directe du cadre de santé de pôle. Il pourra arriver le cas où le cadre de santé de pôle ne partage pas l'idée émise par la direction ; c'est le cas des injonctions paradoxales. Ce sera difficile qu'il s'oppose à ses sollicitions. Les résultats montrent 72 % d'accord contre 12 % de désaccord.

.

75. Le cadre de santé de pôle de demain.

Il participera aux restructurations futures de l'hôpital.

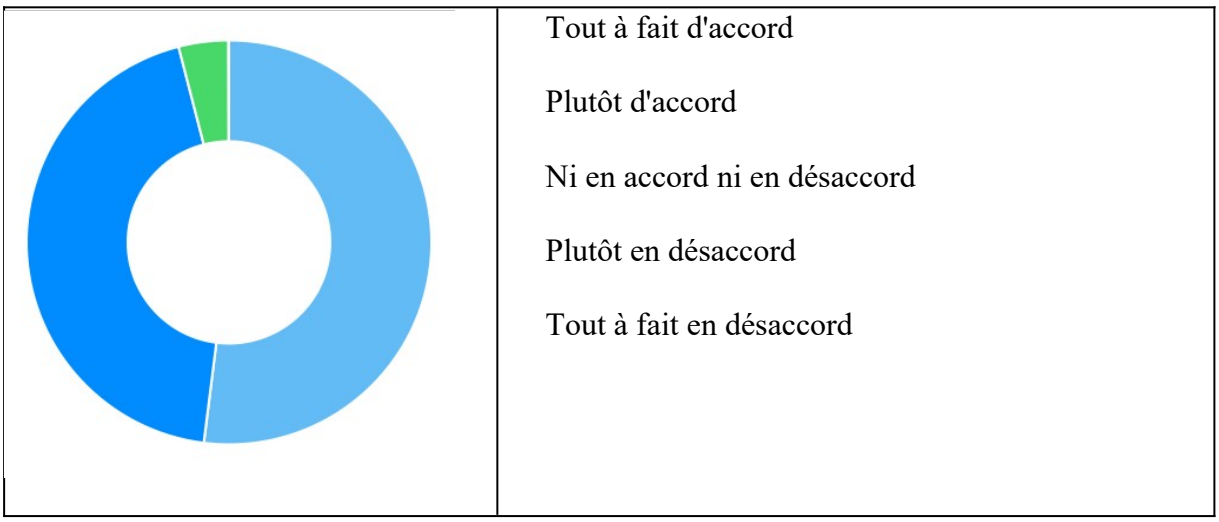


Figure 103 : répartition des avis de la 75ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	13	52,0%
Plutôt d'accord	11	44,0%
Ni en accord ni en désaccord	1	4,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 85 : réponses sur la participation aux futures restructurations

C'est évident que le cadre de santé de pôle pourra demain participer aux nouvelles restructurations. Il sera toujours au centre des projets qui seront mis en place. Le cadre de santé est et sera le mobilisateur des équipes.

Les personnes interrogées ont répondu d'accord à 96 % contre 4 % d'indécis.

.

76. Le cadre de santé de pôle de demain.

Le changement d'interlocuteurs pourra être une entrave à la fonction de cadre de santé de pôle.

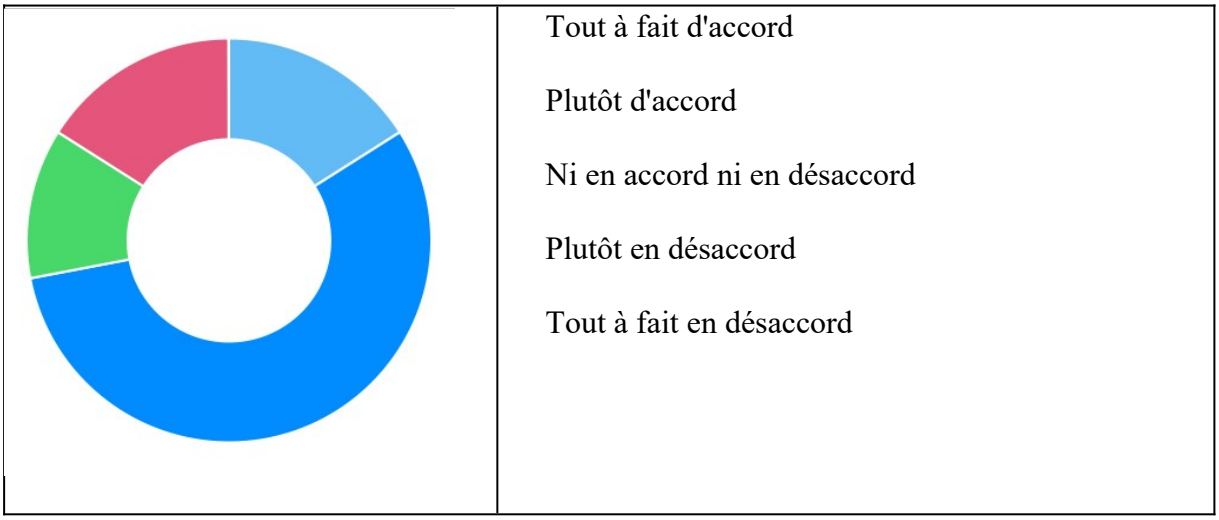


Figure 104 : répartition des avis de la 76ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	4	16,0%
Plutôt d'accord	14	56,0%
Ni en accord ni en désaccord	3	12,0%
Plutôt en désaccord	4	16,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 86 : le changement d'interlocuteurs entravera la fonction de cadre de santé de pôle.

Toute organisation a toujours besoin d'interlocuteurs pour monter certains projets, pour réaliser certaines actions. En effet, il peut arriver qu'il y ait des difficultés à aller au bout de ces actions, ces projets.

S’il y a un changement d’interlocuteur qui intervient, parce qu’il doit changer de poste ou d’hôpital, ses collaborateurs pourraient se retrouver seuls jusqu’à abandonner les projets. Les réponses viennent confirmer cette assertion : 72 % d’accord contre 16 % de désaccord.

77. Le cadre de santé de pôle de demain.

Demain, le cadre de santé de pôle pourra avoir des responsabilités dans le GHT autres que les filières de soins.

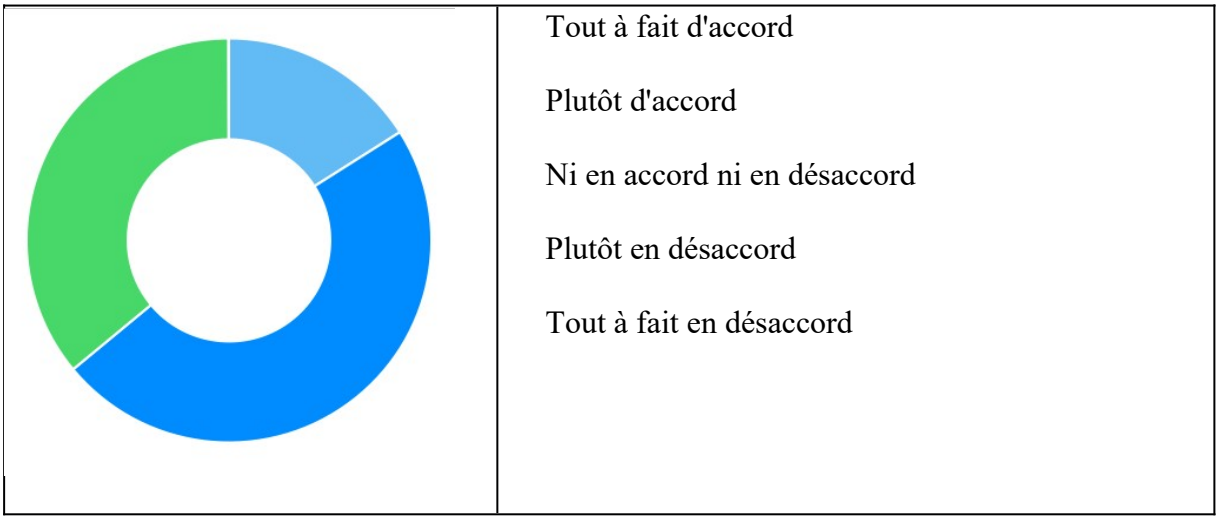


Figure 105 : répartition des avis de la 77ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	4	16,0%
Plutôt d'accord	12	48,0%
Ni en accord ni en désaccord	9	36,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 87 : réponses en rapport avec les responsabilités dans le GHT autres que les filières

Les réponses indiquent 62 % d'accord contre 36 % de personnes indécises. Les personnes indécises attestent de la difficulté à se projeter sur les autres responsabilités du cadre de santé de pôle dans le GHT, en dehors des filières de soins. Peut-être aurait-il fallu poser une question subsidiaire sur les autres responsabilités possibles dans le GHT ?

.

78. Le cadre de santé de pôle de demain.

Il prendra en charge l'absentéisme dans les autres périmètres (pôles) que le sien.

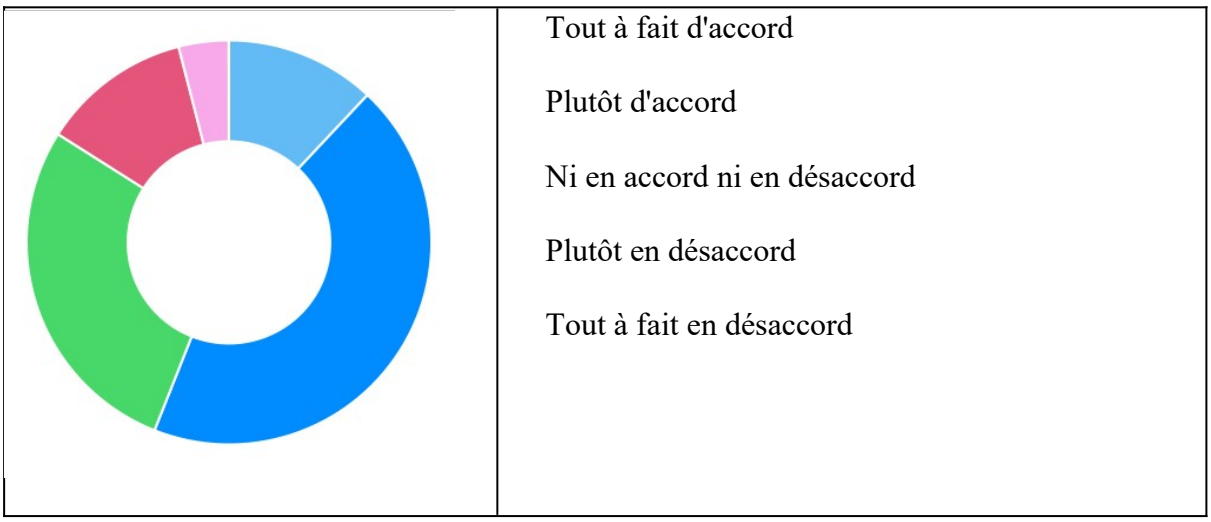


Figure 106 : répartition des avis de la 78ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	3	12,0%
Plutôt d'accord	11	44,0%
Ni en accord ni en désaccord	7	28,0%
Plutôt en désaccord	3	12,0%
Tout à fait en désaccord	1	4,0%

Tableau 88 : réponses en rapport avec la prise en charge de l'absentéisme dans tous les pôles

Le cadre de santé de pôle devra aussi résoudre les questions d'absentéisme au sein des périmètres qui ne sont pas les siens (56 % d'accord contre 12% de désaccord). Mais il ne pourra intervenir que si son collègue du pôle concerné est empêché ou absent.

79. Le cadre de santé de pôle de demain.

Il veillera au bon fonctionnement et à la cohésion de son pôle.

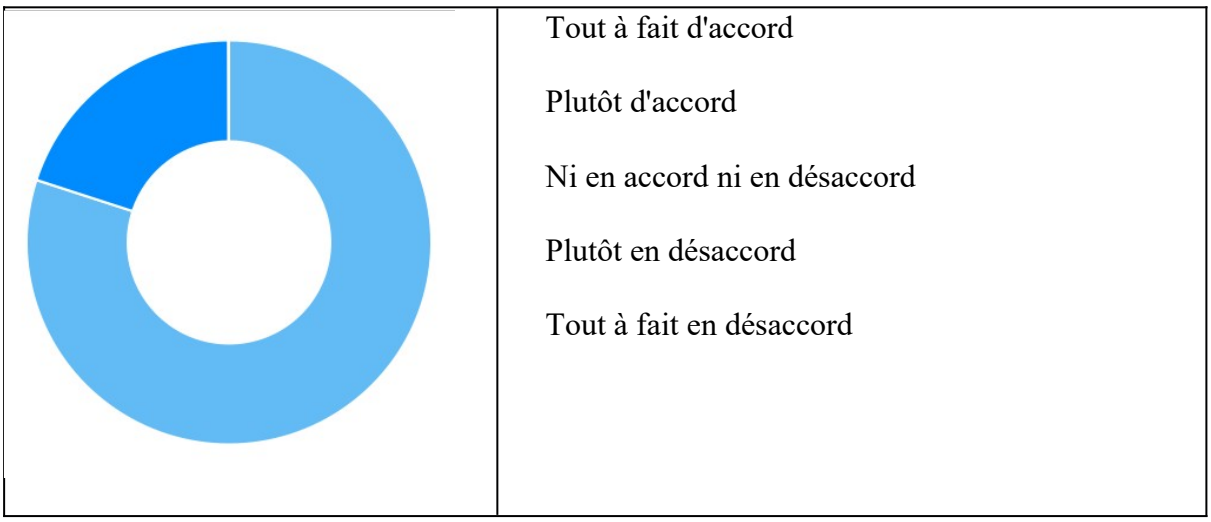


Figure 107 : répartition des avis de la 79ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	20	80,0%
Plutôt d'accord	5	20,0%
Ni en accord ni en désaccord	0	0,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 89 : le cadre de santé de pôle devra veiller au bon fonctionnement et à la cohésion de son pôle

100 % d'accord. Le cadre de santé de pôle devra veiller au bon fonctionnement et à la cohésion de son pôle. C'est son rôle, il n'y a pas de doute.

80. Le cadre de santé de pôle de demain.

Le cadre de santé devra gérer les ressources humaines en partenariat avec la direction.

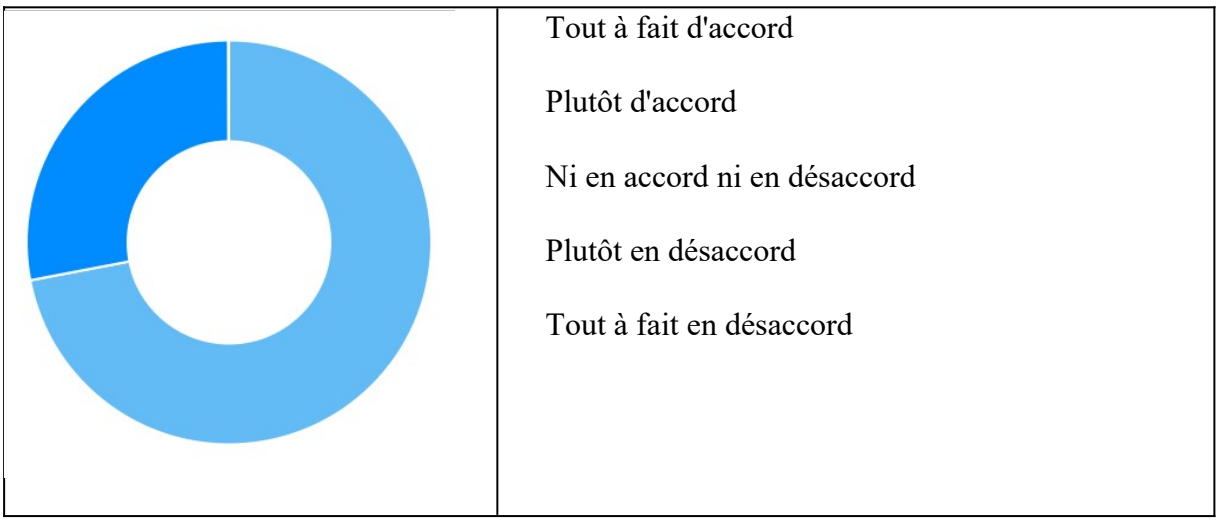


Figure 108 : répartition des avis de la 80ème question

RÉPONSE	RÉPONSES	RATIO
Tout à fait d'accord	18	72,0%
Plutôt d'accord	7	28,0%
Ni en accord ni en désaccord	0	0,0%
Plutôt en désaccord	0	0,0%
Tout à fait en désaccord	0	0,0%

Tableau 90 : la gestion des ressources humaines se fera en partenariat avec la direction

Il n'y a pas d'équivoque, 100 % d'accord en faveur de cette gestion des ressources humaines partagée entre le cadre de santé de pôle et la direction. Nous savons par ailleurs que le cadre de santé de pôle est celui qui est plus proche des agents, c'est celui qui apprécie l'acuité des problématiques RH avec son cadre de santé de proximité.

.

V.1.4. Résultats du focus groupe

Le « *focus group »* d'acteurs-experts a été un moment d'échanges remarquables. Il a favorisé la collecte des représentations de chaque participant. La séance s'est déroulée le jeudi 29 septembre 2022 à 17h.

« La confrontation entre ces visions est utile à la construction de « possibles » (Sen, 2000 cité par Remy et Pichault, 2011), c'est-à-dire des diverses possibilités qui sont envisageables dans un contexte ou une situation donnée » (Remy et Pichault, 2011). .

Il convient de dire qu'au niveau de ce « *focus group »*, nous n'avons pas eu assez d'acteurs-experts. Au total il y a eu onze acteurs-experts comme le précise la liste des participants suivante :

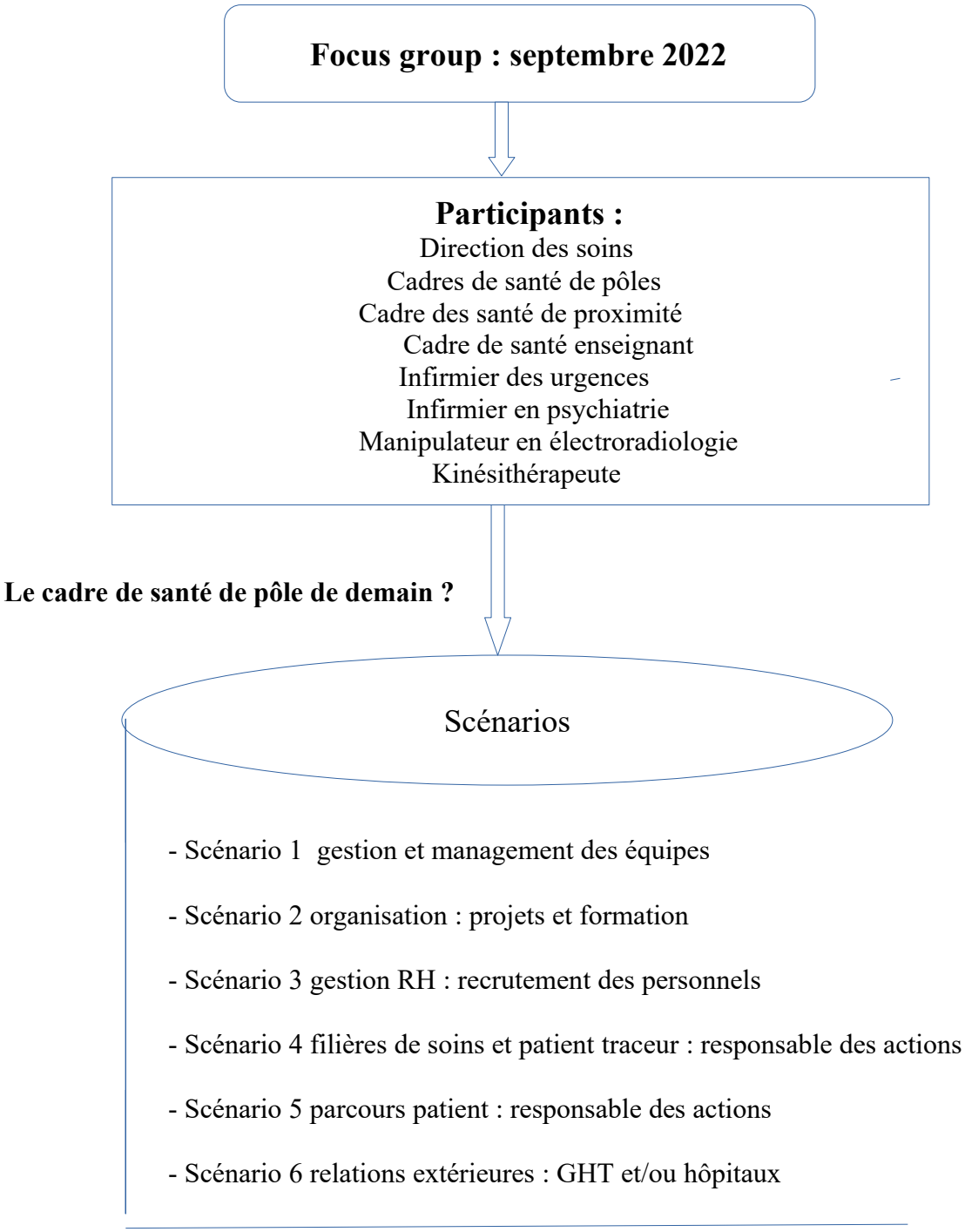
- un directeur de soins ;
- quatre cadres de santé de pôles ;
- un cadre de santé de proximité ;
- un cadre de santé enseignant ;
- un kinésithérapeute ;
- un manipulateur en électroradiologie ;
- un infirmier psychiatrique ;
- un infirmier des urgences.

Commencé à 17h, le *focus group* a pris fin à 18h15

Ci-dessous la représentation du focus groupe.

.

Schéma 1 : représentation du « focus group »



.

Le focus groupe s'est passé en visioconférence car tout le monde ne pouvait pas se déplacer car les emplois du temps des uns et des autres étaient difficilement conciliables.

Aussi, quelques acteurs-experts ont été interrompus au cours de leurs interventions par leurs directions (CME) et par des sollicitations des collègues. Certains se sont connectés alors que la séance avait déjà commencé.

En dépit de ces difficultés rencontrées, nous sommes en mesure d'admettre que « les méthodes d'experts représentent un outil classique en matière de prospective. Elles présentent l'avantage de reposer sur le « dire d'expert », autrement dit sur la perception qu'un individu – un acteur - peut avoir d'une situation donnée » (Boyer et Scouarnec, 2008).

Les conclusions tirées des « dires » des acteurs-experts sont les suivantes :

1. Le cadre de santé de pôle devra exercer la gestion et le management des équipes. C'est d'ailleurs son rôle actuellement. Mais aussi, il devra s'occuper des nouveautés du pôle, de la mise en place et suivi des projets.

La problématique qui se posera au niveau des GHT est celle du périmètre d'action. Sur les petits territoires les choses seraient plus faciles que sur des grands territoires.

Il est difficile d'imaginer un cadre de santé de pôle sur un territoire comme celui de la Gironde en Nouvelle Aquitaine qui s'occuperait seul de grands services d'urgences. Le temps et la distance poseront d'énormes problèmes qu'il faudra prendre en compte.

2. Le cadre de santé de pôle s'occupera des filières de soins. Il doit être dans le parcours intra et extra de l'hôpital. La gériatrie en est un exemple.

.

En intra, c'est à dire à l'hôpital et en extra sur le territoire, le cadre de santé de pôle doit prendre en charge, entre autres, les missions de prévention des chutes et de l'alimentation.

Il devra aussi s'occuper des filières de diabétologie ou de cardiologie... Il devra également gérer des équipes mobiles qui prennent en charge des personnes âgées en EHPAD.

3. D'après les acteurs-experts le cadre de santé de pôle prendra aussi en charge l'organisation du patient traceur au sein de l'hôpital.

Rappelons la définition du patient traceur : "la méthode patient traceur permet d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à la prise en charge".[71]

4. Le cadre de santé de pôle devra assurer la gestion des stagiaires et avoir des responsabilités dans le domaine de la formation au sein de son pôle voire dans l'hôpital.

Il devra vraiment avoir un pool de responsabilités à l'intérieur de son pôle. Dans tous les cas, il faudra décentrer les responsabilités du cadre de santé de pôle.

5. Le cadre de santé de pôle assurera la gestion des ressources humaines en collaboration avec la direction ou avoir une délégation complète pour cette activité, le management des cadres de santé de proximité. Le cadre de santé de pôle de demain devra se centrer sur un ou deux volets, pas tous les volets comme actuellement.

6. Le cadre de santé de pôle devra s'occuper des relations extérieures au niveau du GHT, servir de trait d'union entre l'hôpital et le GHT.

71 (https//www.has-sante.fr "jcms" pat...).

V.2. DISCUSSIONS

V.2.1. Discussion sur la tension entre stratégie managériale et expertise soignante

Les entretiens ont montré qu'il n'y avait pas de réelle tension entre la stratégie managériale et l'expertise soignante. Nous voulons ici rappeler la définition de la stratégie managériale et de l'expertise soignante.

La stratégie managériale est l'ensemble des décisions et actions qui concourent au management des salariés dans le but d'atteindre les objectifs et d'assurer la performance de l'entreprise.

Le concept d'expertise « désigne une pratique qui consiste à demander à une personne ou des personnes singulières d'examiner une situation qui fait problème, afin d'éclairer un débat, voire une orientation politique » (Tanguy, 1995). C'est valable pour les situations de soins.

Nous avons pu constater que certaines missions des cadres de santé de proximité étaient assurées par les cadres de santé de pôle. Il s'agit vraisemblablement d'une tension induite par le manque de personnels d'encadrement de proximité. Nous avons pu remarquer que dans certains cas, les cadres de santé de proximité étaient remplacés par les cadres de santé de pôles.

La gestion des services étant chronophage, les cadres de santé de pôles n'étaient pas en mesure de consacrer du temps effectif à leurs missions de pôle. La plupart des cadres de santé de pôle que nous avons interviewés et qui connaissaient cette problématique ont manifesté la difficulté que cette situation apporte à leur travail au quotidien.

En réalité, quand nous observons de très près, nous nous rendons compte qu'il s'agit bien souvent des centres hospitaliers dont la mise en place des pôles n'avait pas été effective, voire une mise en place des pôles « fantômes » n'ayant de seule existence que sur le papier.

.

Pour éviter ce genre de situation et pour faire en sorte que les cadres de santé de pôles soient performants, les directions des hôpitaux devraient veiller à ce que les cadres de santé de pôles soient libérés des obligations de proximité.

C'est à dire que les cadres de santé de pôles ne devraient pas s'occuper de la gestion des plannings, du suivi des organisations et des problématique quotidiennes gérées par les cadres de santé de proximité du service. Ils devraient attendre que les cadres de santé de proximité les sollicitent d'abord avant d'intervenir dans le service.

V.2.2. Discussion sur les mutations internes et externes

Nous avons vu dans les données que 28 % des changements étaient d'ordre hiérarchique. Il y avait bien souvent des changements de direction de l'hôpital qui entraînaient de fait la fin des projets déjà engagés ; ce qui avait pour conséquence la démotivation des agents à s'inscrire dans les différents projets au sein des établissements.

Des projets engagés sur lesquels les personnels portaient leurs espoirs se sont vus du jour au lendemain disparaître sans justifications. Les cadres de santé de pôles confrontés à ces changements pensaient que la cause de ces abandons était financière au point que les nouvelles directions étaient obligées d'abdiquer.

De plus, la création des pôles représentant 26 % des mutations internes et externes (issues de la nouvelle gouvernance) a suscité de fortes modifications au sein des organisations hospitalières. Il y a eu le découpage des pôles, la répartition des personnels affectés à ces pôles qui ont été un vrai bouleversement dans l'institution hospitalière. Des problématiques de formation de ces nouveaux acteurs se sont posées avec acuité alors que le dispositif de création de pôles n'envisageait pas leur formation.

De même, les changements extérieurs ont représenté 22 % parmi lesquels la crise sanitaire.

.

En parlant justement de la crise sanitaire, nous savons que ces changements ont beaucoup impacté la gestion hospitalière. Nous nous souvenons des déprogrammations des interventions chirurgicales, des consultations, de la saturation des services de réanimation…

« Au-delà des questions de saturation des services de réanimation, la crise sanitaire aura donc été le révélateur des réalités de la détérioration du travail des professionnels de santé. Car si le contexte actuel est anormal, il ne doit pas occulter ce phénomène profond qui constitue une forme de déshumanisation du monde du travail hospitalier. Celle-ci est d'autant plus incohérente dans des métiers caractérisés par une forte relation humaine, exercés par des professionnels engagés par vocation »[72]

La crise sanitaire a entraîné des modifications dans l'organisation du travail, sur les pratiques managériales, sur les relations inter-personnels et sur les métiers (Scouarnec, 2020).

Selon Scouarnec (2020), de l'impact sur l'organisation, nous retiendrons que pour assurer la continuité de l'activité, trois solutions étaient possibles, à savoir une activité maintenue ou adaptée, un dispositif de télétravail largement étendu ou le recours au chômage partiel. Les deux premières solutions étaient effectives à l'hôpital.

De l'impact sur les pratiques managériales, « les managers » ont dû gérer cette situation inédite et bien souvent faire preuve d'innovations managériales et de compétences en résilience et en adaptabilité. Parmi les pratiques managériales innovantes, nous pouvons citer entre autres les dispositifs d'évaluation à distance qui « renversent » les pratiques traditionnelles de contrôle et de surveillance. On abandonne clairement l'idée d'un suivi au jour le jour et on adapte des pratiques privilégiant le management responsable et par la confiance.

A contrario, dans certains cas, le management toxique s'est accentué. Des réflexions sur le « management d'après » seront donc bien utiles » (Scouarnec, 2020).

72Laurent Polet (Professeur de management), Le Cercle, Tribune, Les Echos, 18 mai 2021

Concernant l'impact sur les relations inter-personnelles « le gouvernement a valorisé le concept de « distanciation sociale » qui finalement dans beaucoup de situations s'est très vite associé à un élan de solidarité et de manifestation diverses et variées exprimant ce besoin de sentiment d'appartenance à une communauté » (Ibid).

De l'impact sur les métiers, « on observe aussi une modification sensible sur l'image portée sur certains métiers. Ainsi naturellement les métiers de la santé, de la sécurité et de l'enseignement sont les grands gagnants de la crise. Pour certains le rapprochement des individus exerçant ces métiers avec la population est majeur... » (Ibid).

Pour ce qui est de l'impact sur les collaborateurs eux-mêmes, « chaque personne peut ressentir cette période différemment tant sur le plan personnel que professionnel, c'est bien normal. Toutefois on ne peut négliger quelques conséquences positives. Parmi celles-ci on ne peut écarter le renforcement du lien familial et l'accompagnement qui peut être fait entre membre d'une même famille... » (Ibid).

Encadré 1 : crise sanitaire et transformation du travail (Scouarnec, 2020)

Impact sur l'organisation du travail	Impact sur les pratiques managériales
Impact sur les collaborateurs	
Impact sur les relations inter-personnelles	Impact sur les métiers

De même, des services étaient en manque de personnels parce que contaminés pour certains par le virus ou parce que retirés des effectifs pour non vaccinés ; ce qui a posé un véritable problème de gestion des ressources humaines.

.

V.2.3. Discussion sur la stratégie managériale et l'expertise soignantes

Lorsque nous abordons la question de stratégie managériale et de l'expertise soignante, on fait appel au périmètre d'action du cadre de santé de pôle et donc de ses missions et activités. Il nous a été dit, au travers des réponses des interlocuteurs, que le cadre de santé de pôle a un périmètre d'action souvent important.

Un périmètre qui comprend, dans la plupart des cas, celui de son pôle mais aussi celui des services qu'il doit gérer par manque de personnel d'encadrement de proximité ; ce qui complexifie son rôle et ses missions au sein du pôle d'appartenance.

Par ailleurs, cette étude nous a permis de comprendre que l'expérience acquise par le passé dans les anciennes fonctions de cadre de santé de proximité, d'infirmière, de manipulateur radio ou de technicien de laboratoire est indéniable dans la compréhension des actions et des problématiques courantes.

Cependant, les différents cadres de santé de pôle que nous avons interrogés ont pratiquement reconnu que si cette expérience est utile dans le management d'équipes, elle n'est pas nécessaire et obligatoire.

En effet, la stratégie managériale et l'expertise soignante ne sont pas deux concepts opposés, elles sont différentes mais complémentaires. Si la stratégie managériale est importante dans la conduite des projets et dans la conduite des équipes au quotidien, l'expertise soignante quant à elle fait appel aux connaissances que le cadre de santé de pôle doit transmettre aux équipes, aux cadres de santé de proximité. Mais, malheureusement on constate souvent que certains membres des équipes s'opposent à cette transmission de connaissances jugeant, parfois à tort, qu'elles n'en ont pas besoin, qu'il y a longtemps qu'ils font ce métier. Ce genre d'attitude s'observe lorsque le service est soumis à une tension permanente, liée au manque de personnel ou en réaction des problématiques d'équipements vétustes.

V.2.4. Discussion sur les compétences du cadre de santé de pôle justifiant son rôle pivot

Les compétences du cadre de santé de pôle résultent de l'ensemble de son parcours. Il convient de rappeler qu'avant d'être cadre de santé de pôle, il a été cadre de santé de proximité formé dans un Institut de formation des cadres de santé. La formation des cadres de santé est essentielle afin de garantir la qualité de l'encadrement au sein des établissements de santé. Le management enseigné dans le cadre du master renforce ainsi leurs compétences.

Il s'agit des enseignements qui sont en lien avec des grands courants, des théories, des concepts et des principes fondamentaux.

L'analyse stratégique en rapport avec la gestion prévisionnelle des compétences est, entre autres, une compétence nécessaire à l'encadrement de proximité et de pôle. Certes, tous n'ont pas suivi la formation en master.

Les cadres de santé de pôles qui n'ont pas bénéficié de cette formation en master sont ceux qui ont pour la plupart une ancienneté de plus de dix ans. Mais la tendance est aux changements car tous les cadres de santé de pôles doivent maintenant justifier d'un master pour être nommé à l'encadrement de pôle. C'est pourquoi certaines directions sont en train de régulariser la situation des non « mastérisés ».

Il y a eu des cadres de santé de pôle qui trouvaient qu'ils n'ont pas de temps pour suivre des formations continues tant qu'ils sont occupés par les missions du pôle. Certains d'entre eux pour ces raisons, sont obligés de se former sur le « tas » par des collègues qui ont un peu plus d'expérience en management. C'est ce qu'on appelle de la coéducation. C'est d'ailleurs un des sens de la transversalité. En dehors des projets communs qu'ils doivent tous gérer ensemble, discuter des problématiques communes ou non dans les réunions de direction, les cadres de santé de pôles qui ont suivi la formation en master transmettent leurs connaissances à ces collègues non formés.

.

V.2.5. Discussion sur les éléments de motivation (démotivation)

Les cadres de santé de pôle ont une grande implication dans leurs actions quotidiennes. Ils ne comptent pas leurs heures qui fluctuent entre dix et quatorze heures par jour. Ils sont gagnés par l'épuisement professionnel.

En plus ils trouvent, pour la grande majorité, qu'ils n'ont pas la reconnaissance de leurs hiérarchies. A cet effet, Laurent Polet[73]parle de « la déresponsabilisation par des process inadaptés, du manque de cette reconnaissance, des tâches inappropriées dans les conditions de travail éprouvantes qui se révèlent parfois ingrates. C'est bien souvent les causes de la démotivation ».

Cependant, on trouve parmi les équipes d'autres personnes qui approuvent (elles ne sont pas nombreuses) que leurs directions leur accordent de la reconnaissance ; qu'ils sont considérés par ces dernières comme des véritables collaborateurs.

Aussi, les cadres de santé de pôle se plaignent régulièrement des injonctions paradoxales de la part des directions ; des injonctions souvent récurrentes. Les injonctions paradoxales sont des éléments qui favorisent la démotivation aussi bien pour les équipes que pour l'encadrement en général.

De même, les cadres de santé de pôles sont sollicités pour organiser de nouvelles activités. Dans la majorité des cas, ils doivent gérer à moyen constant ces nouvelles activités qui devraient normalement bénéficier de moyens supplémentaires. Il manque souvent du personnel pour assurer ces nouvelles tâches. Les cadres de santé de pôles ont la conviction de subir de la maltraitance de la part des directions d'établissements qui restent insensibles à leurs réclamations, aux besoins des pôles dont ils ont la gestion. La dégradation des conditions de travail concourent également à la démotivation des équipes.

73Laurent Polet (Professeur de management), Le Cercle, Tribune, Les Echos, 18 mai 2021

.

V.2.6. Discussion sur « donner du sens » pour l'adhésion des équipes aux actions et projets

C'est une des problématiques qui est au centre des préoccupations du cadre de santé de pôle. Donner du sens, c'est quelque part garantir la cohésion de l'équipe. Pour cela les cadres santé de pôles utilisent tous les moyens de communication qu'ils ont à leur disposition. Il s'agit des réunions de pôle, des réunions de services ainsi que d'autres supports papiers…

Au cours de ces réunions, il arrive parfois qu'ils soient confrontés aux oppositions, aux résistances de certains membres des équipes à l'annonce de certains projets. C'est la résistance aux changements. Dans ces cas, les cadres de santé de pôles font appel à leurs connaissances de management ainsi qu'au bon sens afin de les ramener à la contribution.

Donner du sens encore et encore ! C'est la grande préoccupation des cadres de santé de pôles. C'est prendre du recul face à certaines décisions, tempérer et adapter son discours à son auditoire. C'est faire des feed-back réguliers Donner du sens aux actions, c'est aussi partager la vision de la direction.

Il ne faut pas oublier que le cadre de santé de pôle joue un rôle pivot, de trait d'union entre la direction de l'établissement, les cadres de santé de proximité et les équipes de terrain. Le cadre de santé de pôle doit partager des informations ascendantes comme descendantes. Les informations doivent être fidèlement transmises et retransmises.

« Une communication managériale adaptée est la base d'un management réussi. Communiquer pour informer, entretenir le lien avec les collaborateurs, partager la culture, les valeurs et la stratégie de l'entreprise, accompagner les changements efficacement, instaurer un climat de confiance, inspirer, impliquer… et surtout ramener l'Humain au cœur de l'entreprise .

Écouter activement, faire preuve d'empathie, savoir utiliser les bons supports de communication au bon moment, asseoir un bon charisme… sont donc autant de compétences clés que le manager se doit de posséder pour donner du sens au quotidien » (Granger, 2021).

.

En retour, il est demandé aux équipes d'adhérer et surtout de participer aux actions et projets.

V.2.7. Discussion sur l'avenir du cadre de santé de pôles

Nous avons remarqué que 15 % des cadres de santé de pôles interrogés avaient une mauvaise opinion quant à l'évolution de la fonction dans l'avenir de l'hôpital. Il y en a même qui pensaient carrément que le cadre de santé de pôle n'existera plus dans l'organisation hospitalière future.

Cependant, un grand nombre de cadres de santé de pôles avait une opinion positive quant au devenir de la fonction au sein de l'hôpital de demain. Pour ces derniers, les cadres de santé de pôles vont s'occuper des filières de soins, des parcours de soins et seront aussi tournés vers l'extérieur, notamment au sein des groupements hospitaliers de territoires (GHT).

« Les filières de soins[74] sont représentées par les différentes modalités de recours aux soins et les trajectoires suivies par les patients. Ainsi, un patient qui va de son médecin traitant vers l'hôpital puis bénéficie des soins d'un kinésithérapeute de ville et d'une infirmière, emprunte-t-il une filière de soins au sein de l'organisation territoriale actuelle du système de santé mis à sa disposition. Les premiers recours sont les médecins généralistes et spécialiste de ville, puis le deuxième niveau sont les établissements hospitaliers de proximité, centres de diagnostics…, enfin les structures spécialisées de troisième niveau sont les CHU.

L'organisation en filière respecte l'indépendance des acteurs, chacun prenant la suite de l'autre par un mécanisme d'adressage : toutefois, la majorité des filières se constituent par les rapports, variables, que les professionnels de santé et les établissements ont librement ».

Nous pouvons remarquer qu'une filière de soins, dans son ensemble, nécessite plusieurs compétences en jeu.

74F. Duquesne, Filière de soins, Urgence 2012

« Le parcours de soins coordonnés[75], institué par la loi du 13 août 2004, a pour objectif de faire bénéficier chaque usager d'un suivi médical coordonné, d'une gestion rigoureuse du dossier médical et d'une prévention personnalisée. Cela suppose de désigner un médecin traitant qui doit être consulté préférentiellement, notamment avant toute consultation d'un autre professionnel (dit « correspondant »), pour des soins complémentaires ou des examens ».

« Les GHT[76] ont pour ambition de construire leur projet médical partagé autour des filières de soins représentant les principaux enjeux de développement d'activité (filières chirurgies, cancérologie, maladies chroniques, pathologies du vieillissement, urgences, mère-enfant…) pour améliorer la part de marché des établissements publics au sein du territoire en proposant une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins ».

Par ailleurs, nous avons pu remarquer que certains des cadres de santé de pôles sont restés sans opinion à hauteur de 47 %. Il s'agit pour la plupart des cadres de santé de pôles en fin de carrière qui ne voulaient ou ne pouvaient pas se prononcer. Ils avaient du mal à se projeter dans l'avenir et encore moins dans le devenir du cadre de santé de pôle au sein de l'organisation hospitalière de demain.

V.2.8. Discussion sur le « *focus group* » ou groupe de discussion.

« Le *focus group* est une méthode de recherche qualitative dans laquelle un groupe de personnes est réuni pour discuter d'un sujet déterminé. Le *focus group* est donc un type d'entretien auquel plusieurs personnes participent en même temps (Claude, 2021).

75Ministère des Solidarité et de la Santé, Loi du 13 août 2004, Qu'est-ce que le parcours de soins ? Mise à jour le 3 mars 2022
76Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016

Nous sommes en mesure de dire que notre groupe était hétérogène : les professions différentes, les âges et les statuts aussi, bien que faisant partie des organisations hospitalières.

D'une part, en termes d'avantages, nous avons noté que cette séance de travail a donné l'occasion de confirmer les avis qui avaient été mentionnés lors des entretiens semi-directifs et lors du questionnaire prospectif, portant sur le questionnement de l'avenir du cadre de santé de pôle. De fait, six scénarios ont été déterminés par l'ensemble des acteurs-experts.

Le « *focus group* » a été aussi un moment d'échanges sur les problématiques quotidiennes de l'encadrement polaire ; sur les difficultés que les cadres de santé de pôles connaissent, leurs plusieurs missions dont la surcharge de travail et le facteur temps pour accomplir certaines actions ont été évoqués à plusieurs reprises.

Nous avons trouvé cette méthode efficace, précisément sur la collecte des données qualitatives. En la pratiquant, il a été facile de déceler la substance importante dégagée par les acteurs-experts, d'observer leurs contradictions et leurs points de convergence.

D'autre part, en termes de limites ou inconvénients de cette approche qualitative, le temps du zoom a été compté car il fallait payer. De même, il y a eu d'autres aspects : le retard de certains participants pris par le travail ainsi que les sollicitations des collègues en pleine séance du « *focus group* ».

En complément, nous pouvons être d'accord que « les résultats d'un « *focus group* » ne sont pas généralisables (la validation externe est donc faible) » (Claude, 2021).

.

CHAPITRE VI. APPORTS, LIMITES ET PERSPECTIVES DE LA RECHERCHE

VI.1, Apports et limites de la méthodologie de la recherche

La méthode P.M., au travers de son approche de la littérature, a permis d'une part de recenser et convoquer quelques auteurs qui ont travaillé sur des concepts et théories abordés dans l'intitulé de notre recherche. D'autre part, les entretiens semi-directifs qui constituent les axes fondamentaux de la PM ont favorisé la collecte des données auprès des acteurs et qui ont conduit à l'élaboration d'un travail sérieux de recherche. « La rencontre de ces divers acteurs, grâce à la réalisation des entretiens semi-directifs, nous permet de préciser les représentations de chacun. Le but est clairement de s'informer sur le fonctionnement actuel du secteur ainsi que sur ses évolutions. Nous voulons, sur la base des différents constats énoncés et des visions de chaque répondant, construire des scenarii proactifs » (Rémy et Pichault, 2011).

« La novation de la démarche prospective c'est qu'elle consiste en termes de vision de l'avenir au pluriel, procédant conjointement de la nécessité, de hasard et de la volonté » (Boyer et al 1999, cité par Scouarnec 2008).

Cette méthode permet de mettre en lumières les nouvelles orientations et des changements de professionnels, c'est pour cela qu'elle est une « démarche d'anticipation des futurs possibles » (Scouarnec, 2008). Les résultats du focus groupe en sont les illustrations.

Malgré les efforts consentis pour que ce travail de recherche soit conséquent et représentatif, il n'empêche, comme dans tout travail de recherche, qu'il existe des limites qu'il convient d'évoquer.

Comme le constate Hatem (1996), cité par Boyer et Scouarnec, (2008) « l'une des difficultés de la prospective tient à ce que l'on est souvent amené à travailler sur des matériaux flous : variables qualitatives difficiles à mesurer, relations causales dont l'intensité et la nature sont mal connues, réalisation d'événements incertains…cette situation rend fréquemment nécessaire le recours au dire « d'expert » comme moyen d'étayer une démonstration, de quantifier l'intensité d'une relation causale, de chiffrer la probabilité ou la date d'occurrence d'un événement donné ».

.

Au niveau de l'étude qualitative, les limites concernent l'échantillon des cadres de santé de pôles enquêtés. Au départ, nous étions partis pour interroger quarante cadres de santé de pôles. Au final, trente cadres de santé de pôles ont été interrogés car nous avions atteint le niveau de saturation.

Nous pouvons dire qu'il y a eu des limites concrètes sur le plan méthodologique de notre recherche. C'est pour cela que nous tenons à préciser que la collecte des données qualitatives s'est déroulée dans certains endroits et dans certains cas, dans des conditions parfois difficiles. Les cadres de santé de pôles étaient souvent sollicités par des collègues, par les personnels ou par des téléphones qui n'arrêtaient pas de sonner. Nous avons été obligés de reporter quelques entretiens à des dates ultérieures.

Aussi, après la retranscription qui a été très chronophage et laborieux venait le moment des analyses manuelles et par le logiciel Sphinx iQ3 ; un moment aussi difficile dans l'ensemble. Nous avons déjà évoqué en amont les motifs qui nous ont poussés à utiliser les deux méthodes : la complémentarité.

A l'étude quantitative, nous avons eu au total 94 visiteurs (répondants) dont 69 qui n'ont pas répondu entièrement au questionnaire prospectif proposé et 25 personnes seulement ont répondu dans sa totalité. Nous avons donc eu au total 26,6 % de taux de remplissage. Il faut rappeler que le questionnaire était également en ligne sur Facebook, d'où l'appellation des visiteurs. Nous regrettons le refus du personnel médical et des cadres administratifs de participer à cette étude. Ils ont évoqué le manque de temps.

VI.2. Apports managériaux et perspectives du travail de recherche

« Dans l'exercice du management, la production des connaissances utilisées emprunte plusieurs voies : elle est d'une part le produit de la recherche scientifique, d'autre part le fruit de l'activité professionnelle, managers et consultants, chercheurs et praticiens, savoirs théoriques et savoir d'action contribuent à la connaissance.

.

Le travail théorique puise dans la recherche le savoir d'action qui se nourrit principalement de l'expérience. Savoir et action entretiennent des liens complexes.

Si d'un côté les chercheurs en management se préoccupent des apports de connaissances qu'ils peuvent fournir aux managers, des implications pratiques de leurs recherches, d'un autre côté une voie se dessine celle de la création des connaissances par les managers eux-mêmes » (Chevalier, 2015).

Notre travail de recherche a pour but de proposer de nouvelles organisations au sein de l'hôpital, en s'appuyant notamment sur l'encadrement polaire. Nous ne pouvons pas oublier que les pôles se trouvent dans des environnements complexes et incertains dont on parle très peu. Nous pouvons dire que c'est la résultante des découpages de pôles qui ne sont toujours pas équitables, de la répartition des moyens alloués à chaque pôle qui ne tient pas compte des réels besoins du pôle. On parle d'autonomie des pôles depuis la délégation de gestion qui est plutôt fantomatique dans un grand nombre d'établissements.

Une organisation polaire qu'il faut toujours changer de périmètre en fonction de la répartition de son encadrement, surtout lorsqu'il y a un nouveau cadre de santé de pôle qui arrive ou un ancien qui quitte l'établissement. Cette répartition n'est jamais équitable.

Après avoir abordé toutes les situations proposées par les approches qualitative et quantitative, nous pouvons affirmer que notre question principale de recherche ainsi que ses questions subsidiaires ont trouvé leurs réponses. Tous les cadres de santé de pôles interrogés ont proposé six types de scénarios :

- le cadre de santé de pôle aura des responsabilités dans les filières de soins ;

- il assurera la gestion et le management des équipes ;

- le cadre de santé de pôle s'occupera des projets et des formations au sein de l'institution ;

- le cadre de santé de pôle devra s'occuper de la gestion RH des personnels non médicaux ;

.

- il aura des missions au sein du GHT, en qualité de responsable de parcours patient ;

- le futur cadre de santé de pôle jouera un rôle essentiellement tourné vers l'extérieur.

Le travail de recherche que nous avons mené nous permet aujourd'hui de proposer quelques pistes de réflexions sur les fonctions ou les missions du cadre de santé de pôle au sein de l'organisation future de l'hôpital, sur le regard des directions et des personnels médicaux sur l'encadrement polaire.

VI.2.1. Apports de la recherche à l'attention des cadres de santé de pôles.

Il ressort du focus groupe que les cadres de santé de pôles devront toujours assurer les missions qui sont les leurs en matière d'accompagnement, de gestion et de management des équipes des cadres de santé de proximité, tout en laissant à ces derniers un espace d'autonomie.

Dans les filières de soins, parcours patient et du patient traceur, le cadre de santé de pôle restera le garant de la sécurité des soins.

VI.2.2 Apports de la recherche à l'attention des cadres de santé de pôles et du personnel médical.

Le cadre de santé de pôle devra rechercher de la collaboration avec le personnel médical sur les problématiques récurrentes de gestion et d'organisation. Les cadres de santé de pôles demandent de la reconnaissance des personnels médicaux. Ces derniers ont tendance, pas tous, à ne pas comprendre l'utilité de la fonction de cadre de santé de pôle dans l'organisation hospitalière.

Nous disons que ces deux catégories de personnels doivent travailler en bonne intelligence, les uns devront faciliter les actions des autres et vice-versa.

.

VI.2.3. Apports de la recherche sur la consolidation des rapports hôpital-extérieur.

Son rôle de trait d'union entre l'hôpital et l'extérieur, particulièrement sur les projets régionaux, devra l'obliger à renforcer la coordination avec l'ARS ainsi que l'établissement support qui est le pilote du GHT.

Le cadre de santé de pôle devra être à l'affût des informations et formations qui pourront améliorer ses connaissances et ses compétences dans son rôle dans le GHT.

VI.2.4. Apports de la recherche à l'attention de la direction des soins.

Le partenariat des cadres de santé de pôles avec la direction doit être maintenu. Nous voulons demander à la direction des soins de déléguer certaines de ses missions aux cadres de santé de pôles. Il s'agit des missions de gestion des projets institutionnels.

La reconnaissance par la direction de soins est importante pour les cadres de santé de pôles. Ils aimeraient que la direction des soins leur exprime davantage cette reconnaissance, car ils estiment qu'ils s'investissent beaucoup dans l'établissement et qu'en retour il n'y a aucune valorisation de leurs actions.

VI.2.5. Apports de la recherche à l'attention des Directeurs généraux et des Directeurs délégués.

Il est important d'insister sur la notion de décentration des missions des cadres de santé de pôles afin de garantir l'effectivité de leurs actions, car ils ont chacun plusieurs missions à accomplir. Des cadres de santé de pôles nous ont souligné le fait qu'ils sont saturés d'avoir à gérer plusieurs missions à la fois. La Direction devra les écouter davantage, au moins faire l'effort d'entendre leurs doléances.

Les personnes que nous avons interrogées ont également insisté sur la formation des cadres de santé de pôle avant la prise de fonction.

.

C'est un volet qui manque à l'encadrement de pôle. Pour cela, il va falloir prévoir cette formation dans les premiers mois de la prise de fonction. Il y a quelques centres hospitaliers qui le font mais pas la grande majorité. Nous voulons que cette formation avant la prise de fonction soit systématique et fini les formations sur le tas. Par ailleurs, les cadres de santé de pôles que nous avons interrogés demandent qu'il y ait un suivi de projets, surtout lorsqu'il y a changement de direction. En effet, les cadres de santé de pôles se plaignent des changements intempestifs de certains membres de la direction.

Le direction générale et les directeurs délégués semblent ignorer que ces changements embolisent les projets déjà engagés.

La question de décentrer les missions des cadres de santé de pôles est revenue à plusieurs reprises. « La question de la répartition souhaitable des responsabilités entre des institutions intervenant à différents niveaux est une question générale, qui se pose dans tous les domaines de l'action économique et sociale. D'un point de vue théorique, elle peut être abordée sous différents angles disciplinaires – juridique, politique, économique, sociologique ». (Polton, 2004). Nous utilisons le concept ici dans le cadre de la répartition des missions au sein de l'institution hospitalière entre la direction et les cadres de santé de pôles. Il faudrait vraiment veiller à la répartition des périmètres d'actions des cadres de santé de pôles. Il en ressort que certains cadres de pôles ont des périmètres plus importants que les autres. Il faudrait équilibrer les périmètres de travail des cadres de santé de pôles pour les soulager et éviter toute surcharge d'activité qui pourrait favoriser le burn-out.

Pour terminer, nous disons que ce travail de recherche a montré que dans l'organisation future de l'hôpital, il va falloir compter sur la participation entière des cadres de santé de pôles.

En qualité de managers, ils pourront savoir orienter les équipes vers des objectifs communs en vue d'obtenir des résultats escomptés et ainsi garantir la qualité des soins qui a ses exigences en matière de sécurité, d'efficience, d'efficacité, d'équité, de partenariat et de réactivité, comme nous le montre le schéma ci-dessous.

.

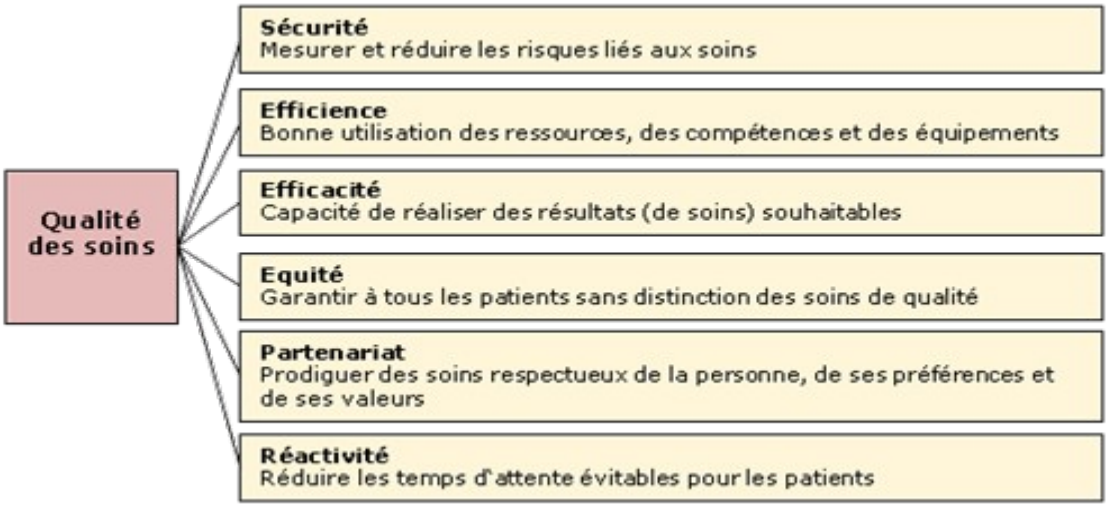


Schéma 2 : Qualité des soins[77]

77*Source : http://www.hug-ge.ch/qualite*

.

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

En conclusion, cette étude a permis de dire qu'il n'y avait pas de réelle tension entre « Stratégie managériale » et « Expertise soignante ». Bien entendu, il s'agit de deux visions différentes et complémentaires. Toutefois, l'étude a aussi permis de mettre en évidence une complexité dans les fonctions de cadre de santé de pôle. Nous avons pu déterminer l'existence d'une tension résultant du manque de personnel d'encadrement de proximité. Les directions des hôpitaux sont obligées de recourir aux cadres de santé de pôles pour prendre en charge certains services où il manque de cadres de santé de proximité.

Au regard de cette situation, il serait temps pour les directions des hôpitaux de réfléchir sur ces problématiques et prendre des décisions qui s'imposent pour soulager les cadres de santé de pôles. A la limite, il faudrait multiplier et encourager la nomination des « faisant fonctions » de cadre de santé de proximité qui est une solution de recours, provisoire.

Les deux approches qualitative et quantitative nous ont permis de comprendre le fonctionnement des cadres de santé de pôles et d'envisager la place qui sera la leur dans l'organisation future de l'hôpital.

Si certains de cadres de santé de pôles que nous avons interrogés ne pensent pas que la fonction de cadre de santé de pôle n'existera plus dans l'organisation future de l'hôpital, il n'empêche que la grande majorité d'entre eux prévoit une place importante dans l'organisation future de l'hôpital. Le cadre de santé de pôle pourra avoir dans le futur à gérer et à manager les équipes, avoir des responsabilités dans les filières et parcours patient et jouera le rôle de trait d'union entre l'hôpital et l'extérieur.

Nous avons également défini au travers des apports managériaux, un certain nombre d'actions à l'attention des cadres de santé de pôles, de la chefferie de l'hôpital, des personnels médicaux, qu'il va falloir prendre en compte.

Est-ce que l'organisation future de l'hôpital saura donner aux cadres de santé de pôles cette nouvelle opportunité, ces nouvelles missions ?

.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Notre recherche a permis de faire le point sur l'historique du système de santé français et particulièrement de l'hôpital public avec ses différentes mutations liées aux changements de son organisation.

Nous avons dégagé les motifs de notre choix du sujet dont les raisons proviennent de deux rapports de Mme de Singly et celui de l'IGAS. Les deux rapports expliquaient la nécessité d'une formation en master pour les cadres hospitaliers : le master 1 pour les cadres de santé de proximité et le master complet pour les cadres de santé de pôles dans le but de leur donner des compétences nécessaires à leurs missions.

Après, nous avons élaboré une synthèse de la littérature ou état de l'art sur les principaux concepts qui constituent les points saillants de notre travail : visions prospectives, stratégie managériale et expertise soignante... Pour cela, nous avons convoqué les différents auteurs qui ont déjà travaillé sur ces différents concepts ; ce qui nous a permis d'élaborer notre problématique et ses questions de recherche.

Au passage, notre recherche a également permis d'examiner la question de la tension qui pourrait exister entre les deux concepts posés dans la problématique : stratégie managériale et expertise soignante. Nous avons pu conclure qu'il n'y avait pas de réelle tension. Les deux concepts se sont avérés plutôt complémentaires.

La prospective des métiers a été la méthode que nous avons choisie. Elle a favorisé la mise en place des entretiens semi-directifs qui ont conduit à la récolte des données soumises aux analyses par le logiciel mais aussi manuellement.

Aussi, nous avons complété cette étude par une approche quantitative dans le but de renforcer l'approche qualitative.

Nous avons également procédé à la méthode des acteurs-experts au travers d'un focus groupe. Il (focus groupe) a permis de dégager les différents scenarii sur le devenir du cadre de santé de pôle dans l'organisation future de l'hôpital.

Nous réitérons notre regret de ne pas avoir les chefs de pôles et les cadres administratifs dans notre échantillon de recherche ; ce qui constitue une des limites importantes de ce travail.

.

Il est vrai que nous étions dans la période du Covid qui a laissé peu de temps aux personnels.

Les données qualitatives et quantitatives ont relevé une forte implication de certains cadres de santé de pôles dans les missions réservées aux cadres de santé de proximité, notamment la gestion de service. Il n'est pas normal aujourd'hui que le cadre de santé de pôle qui a déjà un périmètre important puisse s'occuper en même temps de la gestion quotidienne de service. Cette situation conduit bien souvent à une certaine tension induite par le manque de l'encadrement de proximité ; ce qui met en difficulté le cadre de santé de pôle dans l'accomplissement de ses missions de pôle. Certains cadres de santé de pôles nous ont indiqué avoir abandonné, soit le service qu'ils avaient en charge en qualité de cadre de santé de proximité, soit les pôles dont ils avaient aussi la gestion.

Tous les thèmes évoqués dans notre travail de recherche ont eu des réponses appropriées :

- les mutations internes et externes centrées sur les changements hiérarchiques, la nouvelle gouvernance ou encore sur le manque de moyens ;

- le périmètre d'action qui se résume au management et à la pratique technique du métier ;

- la vision de la transversalité dans la stratégie de l'établissement par la coopération entre les services et la formation des agents ;

- le degré d'implication dans les actions dont la préoccupation est le soutien des équipes et la satisfaction des patients ;

- l'adhésion des équipes aux actions et projets qui est assurée grâce à la communication et à la délégation ;

- on a pu noter que les cadres de santé de pôles de demain allaient s'occuper des filières et parcours patient, qu'ils seront des véritables gestionnaires au sein de l'hôpital comme à l'extérieur dans les GHT.

La fonction de cadre de santé de pôle de demain fait partie de la vision prospective en termes de transformation de ses missions futures.

.

En effet, la recherche a aussi montré que les cadres de santé de pôle ont une bonne vision de leur avenir au sein de l'institution hospitalière. Les scenarii mis en évidence sont ceux du cadre de santé de pôle responsable de filières et parcours patient, de patient traceur, d'un cadre de santé de pôle qui sera un bon gestionnaire dans ses missions de demain et qui aura aussi à gérer des actions extra-hospitalières.

Nous sommes aujourd'hui en questionnement sur les transformations du métier de cadres de santé de pôles. Ces transformations demandent de la volonté et des engagements clairs de la part des directions.

Il y a eu beaucoup d'orientations professionnelles issues des entretiens semi-directifs, du questionnaire prospectif et du focus groupe. Néanmoins, nous voulons insister ici sur quelques recommandations importantes que nous avons notées des résultats de ces moments de partage de la recherche. Elles obligent des chefs d'établissements de retenir ceci :

- décentrer les responsabilités des cadres de santé de pôles. Pour faciliter le fonctionnement et l'application de leurs missions, il faudrait revoir la répartition des missions des cadres de santé de pôles. Un à deux volets suffisent, au lieu de les saturer avec un cortège de missions qui les empêchent d'assurer leurs missions convenablement. Il faudrait dans les délais raisonnables alléger les missions des cadres de santé de pôles qui en souffrent silencieusement.

- attribuer la responsabilité complète de recrutement RH des pôles aux cadres de santé de pôles. Les directions pourront ainsi se libérer de cette mission pour avoir le temps de garantir leurs autres fonctions.

- la gestion et le management des équipes devront faire partie des volets attribués à un cadre de santé de pôle et non l'accumulation avec d'autres missions.

- les missions d'experts et les missions de formation auxquelles on ajouterait l'encadrement des stagiaires ; cette dernière mission relève bien de la formation.

.

- donner au cadre de santé de pôle la responsabilité de gestion de tous les projets de l'établissement dans le cadre des missions transversales. Cela voudrait dire qu'il faudrait désigner un seul cadre de santé de pôle responsable de l'ensemble des projets. Il ne devrait faire que cette unique mission.

Au vu de ces observations, la question qu'on est en droit de se poser est celle-ci :

est-ce que l'organisation hospitalière saura attribuer et accompagner ses cadres de santé de pôles dans ces défis, dans ces futures transformations professionnelles ?

Nous vous présentons ci-dessous l'architecture générale de la recherche qui retrace ici toutes les étapes de notre travail.

Tableau 91 : architecture générale de la recherche

Sommaire général
Introduction générale, 10
Première partie : l'administration hospitalière et son évolution, page 18
Introduction de la première partie, page 21
Chapitre I : contexte de la recherche, page 23
Chapitre II : justification du sujet, page 54
Chapitre III : cadre théorique et conceptuel, page 63
Conclusion de la première partie, page 116
//
Deuxième partie : démarche de la recherche, page 118
Introduction de la deuxième partie, 123
Chapitre IV : problématique, questions et méthodologie de la recherche, page 125
Chapitre V : résultats et discussion, page 149
Chapitre VI : apport, limites et perspectives de la recherche, page 300
Conclusion de la deuxième partie, page 308
Conclusion générale, page 310
Annexes, page 316
Bibliographie, page 536

.

ANNEXES

ANNEXES 1 FICHES SIGNALÉTIQUES 317

ANNEXES 2 RETRANSCRIPTIONS 348

ANNEXES 3 ANALYSE PAR LE LOGICIEL SPHINX 435

ANNEXES 4 RESULTATS ET ANALYSE MANUELLE DE CONTENU 439

ANNEXES 5 LISTE DES ILLUSTRATIONS 531

ANNEXE1 : FICHES SIGNALETIQUES

.

Ci-dessous les différentes fiches signalétiques concernant chacun des cadres de santé de pôle interrogés. Elle nous renseignent sur l'abréviation ((pour des raisons de confidentialité) du nom et du prénom de la personne interrogée, les critères d'échantillonnage, les énoncés et les variables nominales .

<u>Entretien 1 (40' soit 4h30 de retranscription) A.V.</u>

Critères d'échantillonnage	**Énoncés**	**Variables nominales**
Genre	Quel est votre sexe	▪Féminin
Age	Quel est votre âge	▪Entre 30 et 49 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪ Cadre supérieur de santé, déléguée de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier public – Toulon (83056)
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle enfants
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪Supérieur à 11 ans (2007)
.Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Provence-Alpes-Côte d'Azur

.

Entretien 2 (30' soit 3h de retranscription) H.Z

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Féminin
Age	Quel est votre âge	▪Entre 30 et 49 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪ Cadre supérieur de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier public – MCO de Saintes (17100)
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle Chirurgie anesthésie
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪Inférieur à 10 ans (2012)
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle Aquitaine

.

Entretien 3 (20' soit 2h de retranscription) E.S

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Masculin
Age	Quel est votre âge	▪Supérieur à 50 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪ Cadre supérieur de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier public – Evaux-Les-Bains
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle Rééducation
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪Inférieur à 11 ans (2011)
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle Aquitaine

.

Entretien 4 (30' soit 3 h de retranscription)ADM

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe ?	▪Féminin
Age	Quel est votre âge ?	▪Entre 30 et 49 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession ?	▪ Cadre de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité ?	▪Centre hospitalier public – MCO Orthez
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance ?	*Pôle médecine polyvalente et gériatrique
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪Inférieur à 5 ans (2018)
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle-Aquitaine

.

Entretien 5 (25 soit 2h30 de retranscription) C.D.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Masculin
Age	Quel est votre âge	▪Supérieur à 50 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre supérieur de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier public - Cadillac
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle B Psychiatrie
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪Supérieur à 11 ans (2003)
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle Aquitaine

.

Entretien 6 (40' soit 4h30 de retranscription) F.V.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Masculin
Age	Quel est votre âge	▪Entre 30 et 49 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre supérieur de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier universitaire MCO- Poitiers
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	Médico-technique
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪≤ 5 ans (2015)
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	Nouvelle-Aquitaine

.

Entretien 7 (30' soit 3h de retranscription) C.P.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Masculin
Age	Quel est votre âge	▪Supérieur à 50 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre supérieur de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Médico-social
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	▪Réhabilitation gériatrique
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪Supérieur à 11 ans (2008)
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle-Aquitaine

.

Entretien 8 (30' soit 4h30 de retranscription) V.B.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Féminin
Age	Quel est votre âge	▪Entre 30 et 49 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier public MCO
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	▪Médico-technique
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪≤ 5 ans (2017)
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	Île-de-France

Entretien 9 (57' soit 6h10 de retranscription) S.D.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Féminin
Age	Quel est votre âge	▪Supérieur à 50 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre supérieur de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier public MCO
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	Médico-technique et consultations externes
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪≤ 5 ans (2017)
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	Nouvelle-Aquitaine

.

Entretien 10 (37' soit 4h10 de retranscription) P.L.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Homme
Age	Quel est votre âge	▪Entre 30 et 49 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪ Cadre supérieur de santé, déléguée de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier public universitaire
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle imagerie
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪inférieur à 5 ans (janvier 2017)
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle-Aquitaine

.

Entretien 11 (30' soit 3h de retranscription) E.F.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Femme
Age	Quel est votre âge	▪Supérieur à 50 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪ Cadre de santé, coordonnateur de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier de Villeneuvois ; Villeneuve/Lot
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle urgence et imagerie
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪inférieur à 5 ans (mai 2017)
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle-Aquitaine

.

Entretien 12 (22' soit 2h20 de retranscription) L.F.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Femme
Age	Quel est votre âge	▪Supérieur à 50 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre supérieur de santé
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier MCO
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle Anesthésie-chirurgie
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ 2012
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle-Aquitaine

.

Entretien 13 (21' soit 2h10 de retranscription) J.H.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Femme
Age	Quel est votre âge	▪Supérieur à 50 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre supérieur de santé
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle Hébergement et de rééducation, diététique et psychologue, neuropsychologue
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ inférieur 5 ans
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle-Aquitaine

.

Entretien 14 (41' soit 4h10 de retranscription) M.L.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Femme
Age	Quel est votre âge	▪Supérieur à 50 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre supérieur de santé
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle urgences et médico-technique
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ entre 6 et 10 ans
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle-Aquitaine

.

Entretien 15 (20' soit 2h de retranscription) J.D.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Homme
Age	Quel est votre âge	▪entre 30 et 49 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle urgences et médico-technique
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ entre 6 et 10 ans
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle-Aquitaine

.

Entretien 16 (21' soit 2h10 de retranscription) F.M.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Homme
Age	Quel est votre âge	▪entre 30 et 49 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle médecine et Chirurgie obstétrique
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ inférieur à 5 ans
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle-Aquitaine

.

Entretien 17 (35 minutes soit 3h50 de retranscription) S.V.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪ féminin
Age	Quel est votre âge	▪ supérieur à 50
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre supérieur de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier universitaire
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle imagerie
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ inférieur à 5 ans
.Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪ Normandie

.

Entretien 18 (40 minutes soit 4h de retranscription) D.W.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪ féminin
Age	Quel est votre âge	▪ supérieur à 50
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre supérieur de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier universitaire
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle femme, mère et enfant
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ supérieur à 11 ans
.Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪ Normandie

.

Entretien 19 (30 minutes soit 3h de retranscription) S.Z.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪ féminin
Age	Quel est votre âge	▪ supérieur à 50
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle médecine
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ entre 6 et 10 ans
.Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪ Nouvelle Aquitaine

.

Entretien 20 (31minutes soit 3h10 de retranscription) A.F.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪ féminin
Age	Quel est votre âge	▪ entre 30 et 49
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre supérieur de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier Universitaire
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle URG SAMU SMUR
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ inf. à 5 ans
.Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪ Nouvelle Aquitaine

.

Entretien 21(30minutes soit 3h de retranscription) B.B.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪ féminin
Age	Quel est votre âge	▪ sup ou égale à 50
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre supérieur de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier Universitaire
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle de spécialités médicales
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ entre 6 à 10 ans
.Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪ Nouvelle Aquitaine

.

Entretien 22(30minutes soit 3h de retranscription) S.L.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪ féminin
Age	Quel est votre âge	▪ entre 30 et 49
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre supérieur de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle de médecine
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ entre 6 à 10 ans
.Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪ Nouvelle Aquitaine

.

Entretien 23 (30' soit 3h de retranscription) M.T.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Féminin
Age	Quel est votre âge	▪Entre 30 et 49 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪ Cadre de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier public
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle chirurgie et réanimation
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪Supérieur à 11 ans
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Provence-Alpes-Côte d'Azur

.

Entretien 24 (30' soit 3h de retranscription) E.M.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Féminin
Age	Quel est votre âge	▪Entre 30 et 49 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪ Cadre supérieur de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier public
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle Chirurgie anesthésie
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪Inférieur à 10 ans
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle Aquitaine

.

Entretien 25 (40’ soit 4h de retranscription) C.L.

Critères d’échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Femme
Age	Quel est votre âge	▪Supérieur à 50 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre de santé de pôle
Secteur d’activité	Quel est votre secteur d’activité	▪Centre hospitalier
Pôle d’appartenance	Quel est votre pôle d’appartenance	*Pôle urgences
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ entre 6 et 10 ans
Région d’appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle-Aquitaine

.

Entretien 26 (20' soit 2h de retranscription) V.P.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Homme
Age	Quel est votre âge	▪entre 30 et 49 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle urgences et médico-technique
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ entre 6 et 10 ans
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle-Aquitaine

.

Entretien 27 (20 soit 2h de retranscription) F.M.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Homme
Age	Quel est votre âge	▪entre 30 et 49 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle médecine et Chirurgie
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ inférieur à 5 ans
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle-Aquitaine

.

Entretien 28 (20' soit 2h de retranscription) L.T.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Homme
Age	Quel est votre âge	▪entre 30 et 49 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle médico-techniques
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ entre 6 et 10 ans
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle-Aquitaine

.

Entretien 29 (21' soit 2h10 de retranscription) G.Z.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪Homme
Age	Quel est votre âge	▪supérieur à 50 ans
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre supérieur de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle médecine et Chirurgie
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ inférieur à 5 ans
Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪Nouvelle-Aquitaine

.

Critères d'échantillonnage	Énoncés	Variables nominales
Genre	Quel est votre sexe	▪ féminin
Age	Quel est votre âge	▪ supérieur à 50
Catégorie socioprofessionnelle	Quelle est votre profession	▪Cadre supérieur de santé de pôle
Secteur d'activité	Quel est votre secteur d'activité	▪Centre hospitalier universitaire
Pôle d'appartenance	Quel est votre pôle d'appartenance	*Pôle imagerie
Année de nomination	Quelle est votre date de nomination à ce poste	▪ inférieur à 5 ans
.Région d'appartenance professionnelle	Dans quelle région de France travaillez-vous	▪ Normandie

<u>Au total 95 heures d'entretiens</u>

.

ANNEXE2 : RETRANSCRIPTIONS

ENTRETIENS (ENT)

ENT1

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : ce qui a changé au niveau de l'environnement hospitalier, je pense que les responsables de pôle sont bien évidemment c'était le but de la nouvelle gouvernance, davantage euh sollicités pour des questions d'organisation du pôle par la direction.*

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

- *Réponse : les changements induits ? Alors euh oui je pense que ça une incidence comme les responsables de pôles sont directement concernés, euh effectivement ils ont mis regard 1 sur l'activité puisque euh on leur demandait aussi d'expliquer, d'argumenter quand euh que ce soit sur l'activité des services ou sur la mise en place du développement de nouvelles activités médicales de prise en charge. Donc effectivement ils ont eu un regard qui était un regard à la fois plus qualitatif, quantitatif, je pense en tout cas au niveau du pole, en termes de gestionnaire et euh et effectivement c'est quelque chose euh qu'ils ont euh aussi transmis je dirais aux différents chefs de service. Au niveau du pôle nous avions des réunions qui sont mensuelles, des bureaux de pôles où il y a tous les responsables de services : le chef de pôle et l'ensemble de l'encadrement supérieur et de proximité une fois par mois tous les mois. Donc ces bureaux de pôles permettent de communiquer et euh effectivement les chefs de pôles et donc et c'est aussi transmettre aux chefs de services qui sont beaucoup directement concernés par les activités. Ça ne va dire qu'ils ont complètement la main sur tout, qu'ils ont complètement toutes les décisions. Mais en tout cas, oui ils sont davantage concernés du point de vu gestionnaire. Donc en termes de quantitatif et de qualitatif.*

.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse :* *euh le périmètre d'action euh la délégation au chef de pôle est relativement importante. Ça ne va pas jusqu'à la délégation financière pour l'instant. Ce n'est pas mis en place. Mais en tout cas il y a des contrats de pôle qui sont euh élaborés pour quatre ans qui sont renouvelés ou sont décrits de manière contractuelle. Tout ce qui est attendu de la part des pôles et tout ce qui est proposé par l'ensemble des chefs de pôles. Ces contrats de pôles, ils sont signés entre la direction et les chefs de pôles, en sachant que le contrat de pôle dans lequel est inclus le projet de pôle qui doit aussi s'inscrire dans le projet d'établissement, il est issu, ce projet de pôle, de l'ensemble des services.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse :* *je suis infirmière. Après j'ai fait l'école des cadres. J'ai été cadre de proximité et après cadre supérieure et après cadre supérieure déléguée de pôle. Mon parcours professionnel par rapport à l'encadrement supérieur euh après je pense que c'est cette expérience, elle permet d'apporter déjà la connaissance du terrain. Même si ça évolue mais quand on a été infirmière puis cadre de proximité avant d'être cadre supérieur, je pense que ça permet d'avoir une connaissance de ce qu'a vraiment été le terrain. Et de ne pas avoir un retard trop extérieur au terrain tout en même temps avec l'évolution quand-même d'un cadre supérieur d'avoir du recul sur la proximité. Donc que ça soit au niveau des ressources humaines qu'au niveau des compétences à mobiliser sur un secteur ou sur l'autre, d'accompagner l'encadrement de proximité dans la gestion, par exemple des compétences, des organisations, etc… Voilà c'est l'expérience de terrain.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse :* *euh la transversalité euh alors moi au niveau du pôle femme enfant c'est vrai qu'on a deux cadres supérieurs. Il faut qu'on arrive à collaborer de manière importante.*

.

Et la transversalité ça permet euh la vision que j'en ai c'est de pouvoir accompagner justement les autres en étant, en restant dans une certaine objectivité et en, comment dire, en ayant le même regard d'intérêt pour chacun. C'est-à-dire ne pas prioriser une situation par rapport à l'autre. Donc plus d'objectivité peut-être et d'accompagnement et de collaboration. Et la communication dans la transversalité est extrêmement importante.

→Relance : quelle est votre place ?

- *Réponse : euh pour le moment euh je suis sur les missions d'encadrement supérieur. Je chapeaute donc je ne me sens pas en mission transversale. J'ai une mission transversale sur autre chose. Mais euh ma place au niveau de la transversalité je chapeaute c'est quand-même très hiérarchisé. Euh donc euh que je passe d'un de mes services à l'autre c'est ça qu'on peut appeler peut-être de transversalité. Moi mon intérêt quand-même c'est qu'on est très peu avoir une certaine expertise dans l'établissement. Donc l'intérêt en fait est qu'il y ait une collaboration complète entre différents secteurs, notamment en termes de partage de compétences des paramédicaux, des ressources humaines paramédicales et euh comment dire, et euh de collaboration entre différents services. Et mon regard à moi c'est aussi de permettre en termes de transversalité ou de je dirais pour chapeauter c'est d'accompagner l'encadrement de proximité vers une certaine autonomie aussi.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : oui euh bon j'ai participé au niveau de l'établissement le service de formation est très actif. Au niveau de notre établissement on a des propositions de formations euh institutionnelles euh qui sont en lien pas uniquement avec le management. Mais qui sont en lien aussi avec l'évolution de la gouvernance, de l'établissement. Euh voilà ! Donc moi j'avais tout au début une formation euh un accompagnement on avait eu par l'ANAP pour l'encadrement de, pour les cadres délégués de pôles, euh il y a déjà plus d'une dizaine d'années. Et puis après ce sont des, comment dire des formations, de groupes de travail aussi qui sont institutionnels mis en place par la direction des soins pour accompagner dans le cadre du projet de soins. Et après ce sont des formations ponctuelles comme par exemples qui peuvent être proposées par différents organismes dont la NFH comme par exemple le management participatif, enfin voilà, des actions ponctuelles de ce type-là.*

.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : oui, alors bon au niveau de l'encadrement euh on est, enfin le degré d'implication je dirais qu'il est total dans la mesure où effectivement on a une direction des soins qui est très ouverte et très à l'écoute de l'encadrement supérieur et l'encadrement de proximité, où il y a énormément de communication. Euh on est vraiment considéré comme des collaborateurs. Euh avec donc des réunions très régulières aussi au niveau de l'encadrement supérieur et la direction des soins et de nombreux échanges. Donc ça fait très fluide et très souple. Je pense que nous permet effectivement de trouver une place. Après au niveau moi de cadre délégué de pôle j'ai des facilités de communication avec le chef de pôle. Donc ce n'est pas un problème, avec l'assistance de gestion qu'on rencontre de manière ponctuelle ou quand c'est nécessaire.*

Euh et je me sens au niveau du pôle, euh, assez euh libre je dirais entre guillemets de proposer en tout cas au niveau des ressources humaines paramédicales, de proposer des actions au chef de pôle et la direction des soins.

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : en actions quotidiennes donc moi les équipes euh je suis de manière très régulière quotidienne en relation avec l'encadrement de proximité. Euh je passe régulièrement dans les services euh pour effectivement rencontrer les équipes de façon tout à fait informelle. Après pour les faire adhérer je pense qu'il faut garder en tête les équipes et les professionnels de terrain ont quand-même une bonne expertise. Moi je suis plutôt là-dedans, une bonne connaissance de ce qu'elles font et qu'effectivement aux actions quotidiennes c'est d'abord communiquer beaucoup. C'est-à-dire que les ils sont, ils savent tout à fait enfin ils sont tout à fait à même de comprendre ce que l'on leur propose ou pas hein. Ils sont des professionnels. Ce ne sont pas des gens lambda. Et donc ça demande beaucoup de communication. Pour les*

adhésions aux projets de service, c'est vrai que souvent ce sont des réunions des services où les choses sont expliquées et détaillées.

On essaie de rester assez disponible quand elles le demandent à nous voir pour des questions qu'elles n'ont pas bien maîtrisées ou autres. Donc je crois qu'il y a beaucoup de communication. Il y a des choses, on les écoute aussi. C'est-à-dire on leur demande ce qu'elles en pensent et quelle perception elles peuvent en avoir. Et après, effectivement il faut que pour elles ça ait du sens ! On leur dit effectivement dans les projets de service et dans les projets de pôle, c'est communiquer et leur expliquer et écouter ce qu'elles peuvent en percevoir ou pas. Et essayer de donner du sens à ce que l'on leur propose pour qu'elles se retrouvent et qu'elles retrouvent du sens au travail et à leur action quotidienne. Et puis je crois ce qui roule c'est toujours quand-même on est là pour le patient. Et je crois qu'elles sont encore toutes là pour le patient.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : *dessinez le cadre de santé de pôle ? Comment ça ?*

→Relance : Comment voyez-vous l'avenir du cadre de santé de pôle ?

Réponse : *Ah oui. Le cadre de pôle aura une place importante dans la gouvernance de l'hôpital. Euh il faut savoir qu'il y a maintenant des GHT. C'est ça qui va donner plus de place au cadre de pôle dans la mise en place des groupements hospitaliers de territoires, surtout les cadres qui sont au niveau des hôpitaux supports. C'est ce que je pense l'instant. Ils vont s'occuper de filières des soins au niveau des GHT, etc.*

ENT2

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

.

- *Réponse : Alors qu'est-ce qu'on entend par mutation ? Les restructurations, tout ça ?*

Ce sont des mutations liées à la performance du poste. Et donc nous invite à restructurer le pôle, en réduisant nos DMS (durée moyenne de séjour, de réduire nos lits, développer l'ambulatoire. Voilà, on est sur cette mutation-là, le développement de l'ambulatoire au détriment de lit d'hospitalisation complète.

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier

- *Réponse : ces changements induisent euh beaucoup de tension par le fait d'un corps médical qui n'a pas vraiment la fibre économique. Il ne comprend pas la composante économique dans la gestion de leurs patients. Ça crée des tensions médicales au sein du pôle.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : euh mon périmètre d'action, c'est euh comment dire, c'est coordonner, c'est la coordination des différents projets. C'est d'accompagner les directives institutionnelles au sein du pôle et d'être fort des propositions en termes d'optimisation des organisations et d'activité. Il y a toute la gestion des ressources humaines en parallèle.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse : Oui. Parce que l'expérience de terrain, soignant de terrain me permet d'avoir une vue, on va dire euh concrète et pragmatique, réelle, même si euh on n'est pas obligé d'être issu du métier d'infirmier pour comprendre le métier infirmier. C'est net. Moi j'ai eu l'expérience inverse où j'ai géré le pôle médico-technique. Donc les manip-radios, les préparateurs en pharmacie, ce n'était pas du tout mon cœur de métier. Euh j'y suis parvenue. Mais ça nécessite un temps d'adaptation, de connaissance du métier. Voilà ! C'est plus facile quand tu es issu du métier. Ça ne veut pas dire que ce n'est pas faisable, mais c'est plus facile.*

.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : euh ma vision de la transversalité, euh, comment dire ? Pour moi la transversalité quand tu gères un pôle, elle est indispensable parce que, euh, même si on est organisé en pôles il faut qu'on travaille entre pôles avec la direction. Donc il n'y a pas de, pour moi c'est un lien social. Quand tu es cadre de pôle, c'est forcément en transversalité. Tu ne peux pas, et puis ça peut-être aussi complexe parce qu'il faut qu'on partage tous la même vision justement transversale parce qu'on travaille pour une institution et non pour un pôle. Parfois ça peut être compliqué.*

→Relance : compliqué pourquoi ?

- *Réponse : si on ne partage pas tous cette même vision, c'est-à-dire qu'on travaille pour une même institution et non pour mon pôle, euh il y a des interactions qui peuvent mal se faire. Comment dire ? Euh si euh l'entraide entre pôle, euh les projets communs, euh si on n'est pas dans la même ligne directrice, à savoir on travaille tous ensemble, donc c'est peut-être au détriment de mon pôle mais c'est dans l'intérêt de l'institution. Voilà, quand tu as une vision purement polaire, je regarde que mon pôle, l'intérêt de mon pôle, ces projets transverses ça va finir mal. Ce n'est pas dans l'intérêt de l'institution. S'il n'y a pas cette dynamique, il y a parfois des concurrences entre pôles quoi.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- Réponse : *euh, j'ai fait des formations plutôt des formations en fonction des projets que j'allais mettre en place. Pas spécifiquement la gestion des pôles. Cette année, normalement j'ai une formation sur la gestion de pôle. Sinon la formation que je fais c'est au regard des projets que je vais mettre en place sur le pôle.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

.

- *Réponse : alors comment tu veux que je te l'exprime ?*

Relance : comme tu veux.

Réponse : mon degré d'implication euh elle plutôt importante. Je gère au quotidien quand-même, je suis quand-même pas mal dans la gestion quotidienne des cadres de santé de proximité, quand elles sont en difficulté, la gestion du personnel. Je gère avec elles quand elles sont en difficulté sur le terrain.

On a un directeur qui a tendance à changer de feuille de route rapidement avant qu'on ait mis quoi que ce soit. On commence une réflexion et il a une autre idée puis on part sur une autre etc… ça c'est un frein le fait de ne pas avoir une feuille de route claire définitive, ça peut être un frein parce que ça empêche d'avancer concrètement sur les projets. On l'impression quand on a un projet, puis on le met de côté, puis on travaille un autre. Ne jamais aller au bout d'un projet. L'important c'est de la feuille de route de notre directeur général.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : comment je fais ? Euh déjà moi, il faut que je sois convaincue. C'est une première chose. Quand je ne le suis pas c'est plus difficile de convaincre les autres. Et puis quand je me suis appropriée, même quand je ne suis pas franchement d'accord avec une décision institutionnelle, euh je vais me l'approprier de toutes les façons. Du coup, je rencontre les équipes, d'abord les cadres. Et je donne les arguments, au fait, je donne de l'existence au projet, de comprendre le sens, je crois que c'est le premier point. Donc si les cadres et les équipes n'ont pas compris le sens du projet qu'on veut mettre en œuvre, c'est difficile d'accepter. Donc j'essaie de mettre du sens, d'expliquer un peu la réalité de terrain, surtout la composante économique. Je sais qu'on va faire tel projet. Et puis de fois c'est la logique soignante, l'optimisation des prises en charge où là c'est plus facile de faire accepter, euh quand on parle de prise en charge de patients etc…Quand c'est le volet économique c'est plus compliqué.*

.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : définir la cadre de de pôle de demain ? Le cadre de pôle de demain, je pense qu'il sera surtout un gestionnaire économique.

→Relance : pourquoi ?

Réponse : parce qu'aujourd'hui on est de plus en plus euh, on met en avant la gestion médico-économique avant l'optimisation des soins, ça va souvent avec mais avant on mettait la prise en charge sur l'optimisation de la qualité de prise en charge du patient au centre et en fait l'organisation autour de ça. Aujourd'hui on inclut la composante économique dedans. Et elle va être prioritaire sans dégrader forcément la qualité des prises en charge. On va surtout regarder, lorsqu'on va mettre les projets en place, est-ce que ça va rapporter ? Est-ce qu'on fait des économies ? On est plus sur les versants financiers quand-même !

Relance : et la place du cadre de pôle demain dans le GHT ?

Réponse : dans le GHT, les cadres de pôles devront gérer, outre le volet économique, je pense que le cadre de pôle devrait travailler sur les parcours de soins sur les territoires, cordonner tel ou tel établissement, gérer, les AVC, de la traumatologie, des filières de soins par territoire.

ENT3

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : Alors avec la mise en place des GHT, c'est ce qu'on entend partout : les réductions budgétaires, les réductions des ressources humaines, les contraintes budgétaires*

.

de plus en plus serrées. Ce sont les grandes lignes de mutations en ce moment de tous les centres hospitaliers

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier

- *Réponse : alors, dans ma fonction, oui ça a du changement un peu plus d'ouverture sur l'extérieur du GHT, des réflexions, disons, territoriales de la prise en charge. Après, euh en interne on a été relativement protégés dans notre établissement. On a quand-même eu des restrictions budgétaires, pas aussi draconiennes qu'ailleurs. Au niveau des ressources humaines, il y a eu des restrictions aussi sur l'établissement. Sur mon pôle, pas trop, puisque c'est un peu le pôle phare de l'établissement. Disons que la direction l'a protégé un peu quoi.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : mon périmètre d'action en interne j'ai deux services : le SSR et le service de réadaptation fonctionnelle et le service des soins associés au pôle.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse : ah oui, moi oui parce que moi mon parcours j'ai fait tous les étages de la fonction publique hospitalière à partir de l'ASH, aide-soignant, infirmier, cadre de santé de proximité, cadre de santé supérieur de pôle. Donc moi, j'ai une très bonne vision de terrain. Avant quand j'étais cadre de proximité, ma façon de voir les choses ça été très utile et constructeur. Dans mes principes et dans mes valeurs, dans ma façon d'agir avec les équipes, je pars du principe que ceux qui savent ce qu'il faut faire, c'est ceux qui font justement. Donc je suis dans le, donner le pouvoir d'agir. Je leur donne un périmètre et je les laisse agir quoi. J'abandonne mon pouvoir à l'équipe quoi en surveillant bien sûr ce qui se passe.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : en tant que cadre sup. on est tous en missions transversales. La transversalité dans un établissement c'est indispensable.*

Il faut savoir utiliser les compétences qui se trouvent quelque part dans un établissement euh pour les diffuser à l'ensemble de l'établissement. Par exemple si dans un service il y a quelqu'un qui a DU Plaies et cicatrisations, c'est bête de le laisser utiliser que le service que la personne se trouve quoi. Donc moi ce que je fais dans mes unités c'est que ces personnes qui ont des compétences particulières, je leur demande de monter une formation interne pour que leurs compétences soient bénéfique à l'ensemble de l'établissement. Sur tous les sujets il faut faire à la fois de l'intra et de l'extra.

→Relance : quelle est votre place dans cette transversalité ?

- *Réponse : moi ma place, elle est plutôt organisationnelle : trouver des plages horaires, monter des schémas de formations et puis il y a des relations avec les autres cadres.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : moi oui, plus sur le plan administratif, notamment sur les GHT, sur les nouvelles méthodes d'achats.*

→Relance : et sur le management ?

Réponse : sur le management, non. Je me sers sur Internet tout seul. Je regarde des idées qu'il y avoir ailleurs, avec mes collègues de promotion. C'est surtout du partage d'expérience que de formation. Non, je n'ai pas eu de formation sur le management.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : par exemple monter tout un projet de télémédecine. C'est moi le maître de projet quoi, parfois sur des actions avec la médecine de ville.*

→Relance : y-a-t-il quelque chose qui viendrait entraver ces actions ?

.

Réponse : *entraver ? Alors au départ, euh la mission qui pourrait y avoir vis-à-vis deux choses sur ce projet en particulier : la première chose c'est par rapport à la médecine à distance, la deuxième chose c'est la méfiance des soignants de ville vis-à-vis de l'hôpital et inversement. C'est-à-dire le manque d'habitude de travailler ensemble. Ça été un frein au départ. Il a fallu lever tout un tas d'images négatives qui pouvaient régner d'un côté comme de l'autre avant de pouvoir commencer de mettre en place le projet.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : moi je présente, par exemple pour la télémédecine, je présente le projet a priori à des gens intéressés et puis on a été en formation ensemble. Voilà, ceux qui étaient intéressés. Après ça fait tache d'huile, celles qui reviennent de formation d'ailleurs en parlent aux autres, leur expliquent, enlever les barrières finalement. Et puis l'implication, elle avance toute seule finalement.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : *les cadres de demain, les cadres en général ils seront soit les cadres de services, soit les cadres de pôle. Ils seront des vitrines de l'établissement sur l'extérieur. Pour faire tomber les barrières entre les différents types d'exercices. Pour qu'on parle plus de territoires. L'avenir des cadres c'est l'ouverture sur l'extérieur.*

→Relance : et dans le GHT ?

Réponse : *les GHT seront sur tous les étages comme les autres professions.*

ENT4

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe?

.

- *<u>Réponse</u> : dans les évolutions euh il y a beaucoup plus de travail ville-hôpital, donc beaucoup plus de lien avec l'extérieur auparavant. Donc plus d'hospitalisation de longue durée ambulatoire C'est une population beaucoup plus de populations nomades. Il y a moins de contrat à durée plus longue. Ça bouge beaucoup dans les équipes aussi.*

On a pas mal des problématiques au niveau des contraintes socio-économiques assez marquées, toujours dans la gestion de l'absentéisme.

→<u>Relance</u> : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier

- *<u>Réponse</u> : en fonction des différentes mutations, ce qui est sûr c'est que je passe plus de temps au niveau de l'absentéisme. Je passe énormément du temps sur des projets et sur le RH. C'est vrai que ça partie de mon travail, beaucoup de recherche d'effectif, sur le recrutement des soignants et en termes de formations, de compétences. Sinon sur les autres mutations ça nous a obligés à travailler sur d'autres secteurs d'activité, à développer des secteurs d'activité comme l'HAD pour répondre aux besoins extérieurs, l'hôpital de jour un secteur qu'on développe et en plus à l'extérieur. Je pense aussi aux équipes mobiles qui étaient avant en intra vont travailler de plus en plus à l'extérieur aussi ; elles vont aussi dans les EHPAD, A la prison, ça oblige à revoir notre activité de façon différente.*

<u>Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?</u>

- *<u>Réponse :</u> le périmètre de mon action, moi je travaille avec le chef de pôle. Sur les situations d'activité, on travaille justement sur des projets institutionnels, à développer des activités, on propose nos projets à la direction pour validation. On travaille aussi sur les contrats de pôle. Pour les recrutements dans le pôle c'est moi qui gère en validation avec la direction des soins. Je suis aussi un recours en termes de solutions aux équipes.*

→Relance : quel rapport existe-il entre vos anciennes professions et celle que vous exercez maintenant ?

.

- *<u>Réponse :</u> oui. Moi je dirais que oui. J'entends tout, depuis l'école d'infirmières. Par exemple on parlait de l'hôpital de jour tout à l'heure, j'ai travaillé à l'hôpital de jour donc je sais comment ça fonctionne. Quand on échange avec des infirmières sur des projets, forcement je m'exprime parce que je connais. Comme j'ai travaillé comme infirmière ça me permet d'avoir quelques idées.*

Ça c'est aidant. D'avoir été cadre de santé de proximité, c'est sûr. Là c'est pareil. Quand j'étais cadre dans le service je gérais l'absentéisme, je discute aussi avec les cadres. Je connais aussi leur vécu. Même quand j'étais cadre en pharmacie. Je connais bien la formation des IDE, en termes d'accompagnement aussi. Même en tant que cadre en formation, tu as une veille intellectuelle. Donc tout ça m'a beaucoup aidé.

<u>Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?</u>

- *<u>Réponse</u> : la transversalité pour moi c'est prendre du recul. C'est comme que je le vois. Ça permet d'avoir une vision globale. Quand tu es en transversalité tu vois ce qui se passe ailleurs. Pour moi c'est quelque chose de très positif. En gestion de conflit, ça peut t'amener à avoir comment elle se fait.*

→Relance : quelle est votre place dans cette transversalité ?

- *<u>Réponse</u> : justement la transversalité permet d'avoir une vue globale et t'amener à prendre conscience des contraintes des autres. Quand par exemple tu es amené à gérer un conflit dans le service, sur l'opérationnel, par exemple les bilans sanguins parce que de l'autre côté ça gueule. En fait quand tu les amènes à comprendre pourquoi l'autre a fait ça, souvent ça commence à désamorcer beaucoup de conflits. Justement elles ne comprennent pas comment l'autre fonctionne. Moi mon rôle est de ramener la discussion autour de ça, de ramener l'une à comprendre pourquoi l'autre ne veut pas le faire.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *<u>Réponse</u> : là actuellement je fais un diplôme d'état en médiation.*

→Relance : c'est intéressant, dans quel but vous faites cette formation ?

.

- *Réponse : Justement dans la gestion des conflits. Je vais essayer d'accompagner les parties à trouver la solution, d'amener de la communication. Je pense que notre quotidien en a bien besoin. Mon souhait est d'amener les gens à travailler dans les meilleures conditions possibles.*

→Relance : et avant cette formation ?

Réponse : avant cette formation, non pas depuis le cadre de pôle.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : par exemple aujourd'hui je passe beaucoup de temps à la gestion RH. Euh, en plus dans le pôle ça c'est un nouveau service au niveau des urgences que je gère. Je m'occupe de la gestion RH, de la gestion des conflits. Tout dépend, je passe plus de temps sur notre logiciel de gestion du temps de travail. Sur le plan administratif je passe pas mal de temps aussi, organiser le travail. Sur la Covid-19 on a été le service qui a reçu l'équipe Covid-19. Ça a été beaucoup d'organisation. Tout a été autour de tout ça. Après c'est le suivi d'indicateur RH et le devenir la durée moyenne de séjour.*

→Relance : y-a-t-il quelque chose qui viendrait entraver ces actions ?

Réponse : oui, sur les actions en général, comme j'ai dit les contraintes socio-économiques. En général quelque fois le manque d'autonomie. Si la personne n'est pas là, tu n'as pas de réponse à ta question. Ça c'est un frein. Il y a des injonctions paradoxales aussi. Je pense que ça fait partie aussi du quotidien du cadre. J'ai appris à gagner en souplesse et à faire des propositions par rapport à tout ça. Je me positionne aussi sur certaines choses. Il faut être souple et savoir se positionner quand il faut.

<u>Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?</u>

- *<u>Réponse</u> : je travaille beaucoup avec elles. Que ça soit avec les cadres ou les équipes soignantes, à chaque fois qu'on a eu à travailler avec elles, ça permet de reprendre la confiance. Ils ont toujours l'impression que j'ai quelque chose derrière la tête, alors que pas du tout. Je viens seulement proposer le cadre. Ensuite dans ce cadre il faut faire des propositions quoi. C'est surprenant ! Il y en a qui m'ont dit « pourquoi vous venez nous parler de ça ? Ça ce n'est pas notre boulot ! ».*

Je vois les derniers changements qu'on a faits, les dernières évolutions qu'on a faites ils ont adhéré parce qu'ils ont participé tout simplement. Au final pour eux c'est leur projet ! Donc, comme c'est leur projet, ils adhèrent forcément. Dans les équipes il y en a qui sont un peu moteurs. Du coup au final il y a la cohésion.

→Relance : alors quelle place vous donnez au cadre de santé de proximité dans ce cas de figure, ce genre de situation ?

- *<u>Réponse</u> : effectivement, on y va ensemble la première fois. Finalement c'est moi qui explique à l'équipe de quoi il est question. Moi je pose le cadre. Je leur dis que la cadre va veiller à l'application de ces mesures, de ce projet. Après c'est le cadre qui va faire toute la période avec son équipe. Je leur dit que je suis là en cas de besoin. Après on se voit au moment de la finalisation du projet. En ce moment je réintègre le groupe pour voir comment les choses ont évolué. Moi après, je le présente à la direction et aux organismes syndicaux. En fait tout le travail, c'est le cadre de santé de proximité qui accompagne son équipe tout le long du projet. Moi j'interviens plus pour poser le cadre institutionnel et entendre leurs propositions.*

<u>Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?</u>

<u>Réponse :</u> Bonne question. Est-ce qu'il y en aura encore, déjà ? Je ne sais pas s'il y en aura encore. Je pense de toutes les façons c'est quelqu'un qui va être plus amené à accompagner

.

des projets. C'est certain qu'on va de plus en plus vers le domicile, vers l'hospitalisation courte. C'est quelqu'un qui va être facilitant, médiateur. Le cadre de pôle va proposer des choses qui vont répondre aux besoins. Il va falloir qu'il développe cette filière-là. J'espère qu'il aura plus d'autonomie dans la gestion de pôle, dans la gestion économique et RH. Il sera toujours le garant des pratiques traditionnelles. Je pense qu'il devra être plus vigilent, comme j'ai dit tout à l'heure, à désamorcer des conflits. L'hôpital c'est une société dans laquelle il y aura toujours le choc de valeurs. Je pense quand-même le cadre de pôle a son importance dans la philosophie, des valeurs de l'hôpital. Bien évidemment il ne sera pas seul, avec des équipes soignantes, des autres cadres.

→Relance : et dans le GHT ?

Réponse : pour le moment le GHT on n'a pas de lien, en tous cas ici. On a des liens, on va dire, opérationnels. Par exemple moi je n'ai pas de lien avec le cadre de pôle qui est sur l'établissement support. J'ai peur qu'il y aura demain plus de transversalité sur le territoire. Il y aura des cadres de pôle sur un territoire. Il va travailler en collaboration avec les autres établissements. Plus ça sera développé mieux ça sera.

ENT5

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : C'est uniquement en interne. Je suis passé du pôle de pédopsychiatrie au pôle adulte en 2015.*

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier

- *Réponse : alors ça a été une organisation, un changement essentiellement euh qui n'a pas été à ma demande. Ça a été fait parce qu'il y a eu une unification du pôle infanto juvénile. Et comme mon médecin chef partait à la retraite, le médecin a gardé l'autre cadre sup et j'ai*

.

remplacé une cadre sup qui partait à la retraite aussi. Voilà ! Ça a changé pas mal parce que l'autre pôle était beaucoup plus gros et ça c'est compliqué parce que comme j'avais une mission de nuit, ça a été un peu compliqué pour moi. Mais bon ! Ce qu'il faut savoir c'est que ce n'était pas forcément à ma demande. C'était dans le cadre d'une restructuration.

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser l'évolution de tes pratiques ?

- *Réponse : je dirais que ce sera l'effet le Covid-19. Pendant des années il y a eu une baisse de moyens de l'hôpital.*

Et je crois que la crise du Covid-19 a fait qu'on va avoir des nouveaux moyens tant humains que financiers qui vont permettre de restructurer un peu mieux au niveau de nos capacités financières.

→Relance : quels freins potentiels qui pourraient entraver l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : euh le frein ça serait l'organisation de l'hôpital, parce qu'on a eu énormément de, comment dirais-je, de réformes. Et que ces réformes ont induit beaucoup d'insécurité au niveau du personnel. A ce niveau-là il faut sans cesse faire évoluer le personnel et faire de la pédagogie.*

→Relance : quel genre d'insécurité ?

- *Réponse : l'insécurité, c'est qu'on n'a pas de vision à long sur ces restructurations permanentes. On est toujours dans le changement et voire ça continue même à déstabiliser tellement ça change.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : je suis l'adjoint direct du chef de pôle et j'ai un pôle plus éclaté puisque mon bureau est sur le centre hospitalier de Cadillac et beaucoup de mes structures sur la métropole Bordelaise. C'est la spécificité psychiatrique en général. J'ai des structures sectorisées et dispatchées sur tout un territoire. J'ai des structures sur Villenave d'Ornon, Bègles…les hôpitaux de jours, des consultations mais aussi une clinique de 30 lits.*

.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : ho lala quelle question ? A mon avis c'est la coopération entre l'ensemble de services et éviter ce qu'on a appelé pendant très longtemps la balkanisation de l'hôpital. C'est-à-dire ça devenait des petites structures indépendantes au détriment de la transversalité. Il fallait, ce qu'on a essayé de développer nous, qu'il y ait une transversalité au niveau des cadres supérieurs et des médecins chefs de pôles, de travailler ensemble, d'avoir des réunions communes.*

→Relance : quelle est votre place dans cette transversalité ?

- *Réponse : j'ai par exemple comme responsabilité la formation professionnelle des agents. Ça c'est plutôt transversales puisqu'on travaillait avec l'ensemble des professionnels de santé du centre hospitalier. On travaillait avec tous les hôpitaux pour créer des formations.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse :* très peu. On essayait de planifier toutes les formations dédiées aux cadres et aux cadres sup. C'est nous qui faisions le cahier de charge. Ces dernières années il y a eu tellement du boulot qu'on n'a pas fait des formations.

→Relance : et sur le management ?

Réponse : c'était essentiellement du management, sur des problématiques nationales de santé.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : totale. J'avais un temps partiel. J'ai essayé d'organiser mon temps professionnel avec mon mandat électoral. Je faisais qu'il y ait moins d'incidence possible. Il y en avait toujours.*

→Relance : y-a-t-il quelque chose qui viendrait entraver ces implication ?

.

Réponse : *c'est cette instabilité du fait de mon mandat électoral. Je suis à temps partiel. Il n'y a pas de vision claire au niveau des politiques de santé publique, pas de visibilité à long terme. On ne sait pas où on va.*

→Relance : est-ce que vous avez eu des injonctions paradoxales ?

Réponse : *les injonctions, ah oui en permanence. Par exemple on nous demande de faire des économies et augmenter la qualité du service. Au bout d'un moment il y a une imprécision. Les économies on ne peut plus en faire. On a remarqué qu'il y avait une dégradation permanente de la qualité du service malgré tous les efforts de personnels y compris des médecins. Il y a eu des mouvements de grève, les médecins aussi ont fait grève. Ce qui est plutôt rare. D'année en année on nous demandait plus de travail, de qualité. On a coupé des moyens de prévention.*

La dégradation c'est à tous les niveaux, de la direction, le niveau national.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : on commençait déjà avec des réunions avec l'encadrement du pôle de façon hebdomadaire. J'allais dans les équipes pour expliquer les actions à mener. Exemple la création d'un nouveau service mobile psychiatrique qui doit être développé au niveau départemental avec des créations des postes*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : *C'est un cadre essentiellement gestionnaire qui doit être impliqué de façon plus stratégique, plus globale et garder l'opérationnalité.*

→Relance : et dans le GHT ?

Réponse : *je le sens mal dans le GHT. C'est une entité plus grande. C'est une usine à gaz. Difficulté d'organiser des réunions communes. On n'avançait pas. Les personnes ne venaient*

.

pas en réunions. Je l'ai vu de façon personnelle. Il n'y avait que des paramédicaux qui venaient aux réunions et quelques médicaux seulement. Les personnes ne venaient pas aux réunions. On avait un gériatre au niveau d'Arcachon qui était souvent présent.

ENT6

<u>Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?</u>

- *<u>Réponse</u> : les mutations sont liées essentiellement aux démographies médicales et paramédicales qui a un impact sérieux sur l'organisation ces dernières années, l'évolution au nombre de radiologues de la structure. On est passé à un ETP 9,7 à une vingtaine au niveau des radiologues. Effectivement, on ne gère pas pareil. Par contre, à contrario, entre les deux comme m'avait demandé de faire des réorganisations à moyens constants etc…aujourd'hui j'ai un peu moins de moyens au niveau manipulateurs. On se tourne un peu plus vers le plateau technique.*

En externe, ce qui mute aussi c'est la mise en place des GHT qui pour nous s'apparente actuellement à des fusions. A savoir que le GHT où je suis dans le département de la Vienne il y a quatre établissements publics à la base. Je gère aussi tout le plateau technique l'imagerie des autres établissements du territoire.

→<u>Relance</u> : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier

- *<u>Réponse</u> : d'abord au niveau de l'organisation. Aujourd'hui on ne pense plus organisation au niveau du service radio, on pense organisation du plateau technique d'imagerie du territoire et pas qu'à Poitiers. Alors aujourd'hui on évite de faire bouger les manipulateurs. Par contre on a constitué l'équipe des radiologues du territoire. Pour les acteurs ça inquiète un peu quand-même parce que ça implique un peu de mobilité sur les secteurs stratégiques.*

.

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse le fait que ça devienne un peu plus gros, pas que sur un seul service, ça oblige les acteurs à comprendre que toi qui compte dans le lot, qu'il y a tout le monde. On est obligé de s'organiser, par exemple, pendant les vacances de telle sorte que lorsque les uns sont en vacances, les autres assurent les services, les équipements qui peuvent rester ouverts.*

Ça donne les opportunités à rebattre les cartes du cadre de fonctionnement et à faire comprendre aux équipes qu'on ne peut plus faire comme avant. Ils ont l'habitude de dire que ça marchait comme ça avant pourquoi on doit changer.

→Relance : quels freins potentiels qui pourraient entraver l'évolution de tes pratiques ?

- *Réponse : les freins ? Les acteurs ont un peu peur qu'on leur impose la mobilité. Effectivement il faut savoir un peu rassurer les gens avec une carotte au bout. Pour les médecins on leur donne une prime de mobilité de territoire. Ça fait peur.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse Mon périmètre d'action est de superviser, mettre les gens qu'il faut à la place qu'il faut. J'accompagne moi en fonction d'organiser des mises en place en termes des ressources humaines. J'accompagne sur les activités ou alors on m'aide à redévelopper certaines activités.*

→Relance : quel rapport existe-il entre vos anciennes professions et l'actuelle ?

Le fait d'avoir été manipulateur radio m'aide à savoir gérer une salle de radio, une vacation de scanner, les moyens à allouer, de savoir le niveau d'activité que l'on peut programmer. Il ne faut pas mettre les gens dans le rouge. Pour combler l'absentéisme, un jour la direction m'a demandé de mettre une infirmière au scanner pour gérer les activités. J'ai refusé car je savais que c'est le manipulateur qui allait s'occuper de tout. L'infirmière n'aurait pas à assurer les protocoles d'examens ou autres. J'ai pu expliquer cela à la direction. C'est important. Le fait d'avoir été cadre ça te permet de mieux gérer les équipes, d'avoir une expérience en

ressources humaines, accompagnement et rassurer les équipes. Il ne faut pas exagérer. Les équipes doivent se débrouiller avec les moyens qu'on leur donne.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse :la vision de la transversalité, elle est importante pour pouvoir être à l'affût des besoins et d'autres acteurs qui sont autour de toi, parce que si tu mets une organisation autour de toi sans tenir compte de ceux qui sont autour de toi, forcement ça va aller autour de toi. Elle se fait avec la coopération avec les autres cadres. Il faut travailler avec eux sur l'ensemble du parcours du malade.*

→Relance : quelle est votre place dans cette transversalité ?

- *Réponse : ma place ? Sur la prise en charge en imagerie des malades ou moi je vais faire en sorte que ça corresponde à leurs besoins.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : j'ai fait un master 2 qui donne accès au poste de directeur adjoint. Il y a des modules variés : RH, financier… Cette formation permet d'avoir de la hauteur dans tous les domaines.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : les activités du service je m'appuie sur les cadres. En termes de RH. Je suis plutôt dans la mise en place des groupes, faire en sorte que tous les acteurs soient pourvus en RH.*

→Relance : y-a-t-il quelque chose qui viendrait entraver ou encourager ces implication ?

Réponse : des gens qui ne veulent pas que ça change. Ils te mettent de la crise partout, mettre les doigts sur tes dysfonctionnements en mettant en cause tes changements.

.

→Relance : est-ce que vous avez eu des injonctions paradoxales ?

Réponse : si, faire plus d'activité avec moins de moyens. On me demandait d'ouvrir les machines avec quatre postes vacants. Au bout d'un moment vous m'aidez à recruter pour maintenir les ouvertures des machines.

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : on essaie au maximum de faire des réunions d'informations sur les projets. Beaucoup de présence de cadres de proximité qui m'aident. Le rôle des référents, l'exemple de notre GIE sur les vacations du scanner et de l'IRM. On a mis en place un modèle horaire. Heureusement qu'on a des manipulateurs relais. On a réussi à débloquer la situation comme ça. On explique les projets au niveau des tenants et aboutissants.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : le cadre de pôle de demain ? C'est le cadre sur un territoire, sur plusieurs établissements, dans le GHT. Tout va se décider au niveau du territoire, de l'établissement support. Il aura plusieurs missions.

ENT7

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : euh j'aide les cadres et non plus des agents en direct. Même si de par notre configuration j'ai encore l'équipe d'entretien de locaux et des kinés. Je ne suis plus en direct des agents, des résidents ou des malades si ce n'est quand il y a des soucis. Des principales mutations c'est ça quoi et le niveau du management n'est plus le même, c'est être en direct, le*

.

principal interlocuteur de la direction en première intention. C'est notre quotidien. Ce qui n'était pas le cas en tant que cadre de proximité.

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

- *Réponse : les changements, c'est que je suis dépendant à 100% de la messagerie électronique et du téléphone. Alors que certains cadres de proximité ne consultent leurs messageries environ une fois par jour. Nous c'est en continu. La plus grosse mutation de parler budget et aussi de m'occuper du recrutement des agents dans le pôle.*

→Relance : Quels sont les conditions susceptibles de favoriser l'évolution vos pratiques ?

- *Réponse : Les marges financières qui font en sorte qu'on ait des effectifs adaptés dans les services. Si on n'a pas d'argent on ne peut pas recruter. Si on ne peut pas recruter on est toujours empêtré dans la gestion d'arrêt maladie. On peut avoir d'autres conditions : c'est d'avoir des relations correctes avec les directions, ce qui n'est pas toujours le cas et aussi avec les collègues d'encadrement supérieur de pôle pour nous faciliter le boulot, ne pas se tirer dans les pattes sinon on n'ira pas loin quoi.*

→Relance : Quels freins potentiels qui pourraient entraver l'évolution de vos actions ?

- *Réponse : le manque des moyens financiers et les relations délétères ou suspicieuses entre différents membres de l'encadrement supérieur voire avec la direction des soins*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : les recrutements, certains recrutements a priori se font dans le pôle avec l'aval de la direction. Une autonomie plus importante que le cadre de proximité. La possibilité d'accepter ou pas des heures supplémentaires et la validation des congés des cadres. J'accorde une certaine autonomie des cadres de proximité qui doivent toujours rendre compte au cadre de pôle. Je suis plutôt dans l'aide, faire en sorte que ça marche. Ça toujours été assez simple en termes de gestion.*

.

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse : la connaissance de l'encadrement de proximité aide à comprendre les différentes problématiques auxquelles ils sont confrontés : absentéisme, le matériel, les projets à monter pour obtenir des financements, surtout dans le médico-social…*

Le fait d'avoir été cadre de proximité, j'ai été confronté à ces problèmes. On aide à la gestion RH et de gestion de conflit. Le fait d'avoir emmagasiné comme expériences avant associées à toutes les formations qu'on a eues aident aussi à la résolution de tous ces aspects.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : la capacité à déléguer un certain nombre de chose. Ce qui fait défaut maintenant c'est qu'on délègue de moins en moins par manque de confiance. Etre transversal c'est voir les choses d'un point de vu beaucoup plus général. Les problématiques sont souvent les mêmes RH : absentéisme partout, d'équipement ou de moyens défaillants ou obsolètes ou des choses comme ça parce que l'hôpital est en manque d'investissements ou de de réhabilitation. C'est souvent la même chose. Etre transversal c'est être en capacité de transférer d'un secteur à un autre.*

→Relance : quelle est votre place ?

- *Réponse : le cadre de pôle c'est souvent celui qui incarne la transversalité la transversalité du pôle. C'est celui qui est amené à réunir les différents acteurs, à échanger avec eux de leurs problématiques et de les informer de ce qui se passe à côté. Tout ça avec la participation du chef de pôle. Le cadre de pôle c'est la pièce centrale. Dans le pôle on travaille à deux, le chef de pôle et moi. Dès qu'il y a quelque chose on échange rapidement par rapport à ça quoi. Ça fonctionnerait mieux s'il y avait la volonté du directeur d'instaurer des pôles dans l'établissement, pas de contrat de pôle papier vide de sens qui ne fonctionne pas, vide de toute réalité. Il y a des choses à mettre en place : conseil de pôle, réunion de pôle, euh un véritable pôle quoi. Pour le moment ce suivi est défaillant. Il faut faire que ça prenne du sens.*

.

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : on a eu des formations de gestion de pôle en solo, et conjointement avec le chef de pôle et avec le corps médical.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : je suis à fond à 100%. Il faut faire en sorte que les dossiers ne trainent pas. Les cadres de proximité attendent une réponse de leur cadre de pôle quoi. Si tu n'es pas à fond sur ce pourquoi tu es mandaté, très vite ça ne va pas se faire. Ils vont passer par-dessus de toi pour trouver des solutions, cela voudrait dire que tu n'as pas su répondre à la problématique, tu ne fais pas ton job quoi !*

→Relance : y-a-t-il quelque chose qui viendrait entraver ou encourager votre action ?

- *Réponse : Entraver, euh les moyens technologiques. Si les moyens technologiques ne sont pas à la hauteur, si on me coupe les moyens de communication, je suis foutu. Je peux rentrer chez moi, je n'aurai pas grand-chose à faire. Ça c'est certain. On est plus que dépendant de ces moyens de communication.*

→Relance : avez-vous connu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : c'est assez fréquent. Mais là aussi le fait d'avoir été soumis en tant que cadre de proximité vous fait en sorte qu'on a un peu plus de moyens pour répondre à ces injonctions de façon adaptée. C'est le propre de l'organisation hospitalière quoi. D'un côté on veut faire de la rentabilité financière et de l'autre la qualité des soins, sauf que ça rentre en contradiction car pour développer un il faut réduire l'autre. 80% du budget hospitalier est alloué au personnel. Si tu veux intervenir sur la réduction des coûts il faut intervenir sur la réduction du personnel. Je ne vois pas comment intervenir sur la masse salariale alors qu'on est en manque de personnel. On va te dire de faire des économies, vous devez faire ceci. On dit à la direction souvent de nous accorder les moyens parce que le jour où on aura des plaintes on dira qu'il nous a manqué les moyens. C'est souvent par ce biais qu'on s'en sort. C'est*

.

souvent les gens qui n'ont pas été confrontés aux soins qui peuvent avoir ce discours. Le fait de demander d'un côté la réduction des coûts et de l'autre l'amélioration de la qualité de soins optimale est une injonction paradoxale. Souvent eux-mêmes sont soumis aux régulièrement à des jonctions paradoxales. C'est ça le truc.

Question 5 : comment faites-vous pour faire adhérer vos agents à vos projets ?

Réponse : *explication, communication, transmission. Si on veut que les gens adhèrent aux projets il faut communiquer, il faut expliquer. Le fait d'imposer les choses ne donne pas des résultats attendus. Si on ne communique pas sur le pourquoi, les choses ne suivent pas. Une fois t'a compris ça tu essaies de mettre en place certaines choses.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : *connecté. Il faut qu'il ait des connaissances, des compétences en informatiques, RH et des notions budgétaires de plus en plus élargies. Les contrats d'objectifs et des moyens que connaissait le sanitaire sont maintenant rentrés dans le médico-social. Si tu n'es pas au clair avec les indicateurs RH, la résolution des problèmes budgétaires financiers, t'es foutu quoi.*

Relance : et le GHT ?

Réponse : C'est une nébuleuse. Franchement c'est inadapté. Soi-disant que ça devait nous faire gagner financièrement. En fait rien. Le GHT fait perdre la liberté d'action aux petits hôpitaux. On perd plus de chose qu'on en gagne. C'est une inertie totale.

.

ENT8

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : le changement de poste et des activités. Je suis responsable de l'imagerie, du brancardage, du laboratoire et des consultations. Il y a des nouvelles missions comme s'occuper des automates du laboratoire. Il y a eu d'autres mutations comme les changements effectués au niveau du matériel. On n'a plus le biomédical. On est un petit établissement. On doit par contre s'occuper de tout, avoir des compétences quelques fois en informatique.*

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

- *Réponse : une vigilance importante sur toutes les activités. Sur le plan managérial, savoir anticiper pour ne pas être à la traine. Moi je suis cadre de pôle en même temps je m'occupe des fonctions de cadre de proximité. Il faut coordonner tout ça.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : le pôle médico-technique, le brancardage, le laboratoire, le brancardage et les consultations. Je suis proche de la retraite. J'essaie de transmettre les choses bien que la direction ne souhaite pas avoir un nouveau cadre de pôle. Les pôles seront répartis entre les deux cadres de pôle qui vont rester. On ne me remplacera pas.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse : je suis infirmière à la base. Après j'ai fait l'école des cadres. J'ai été cadre de proximité et après cadre supérieur de santé dans les différents services que j'ai cités. J'ai travaillé dans différents secteurs. J'ai travaillé dans les EHPAD privés comme publics avant d'atterrir dans un grand CHU au départ puis dans un petit centre hospitalier. Au niveau du management, toutes ces expériences me servent dans ma façon de conduire et d'encadrer mes équipes. J'ai pu bénéficier de quelques connaissances juridiques quand j'étais en EHPAD par*

.

un Monsieur qui était de la protection juridique. En ma qualité d'infirmière, j'ai des connaissances sur le fonctionnement des postes d'infirmière, que ce soit dans le public ou dans le privé. Les exigences sont globalement les mêmes en termes de qualité et d'attention pour les soins.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : c'est travailler pour l'ensemble de l'hôpital. Il y a différents services pour lesquels on doit avoir les mêmes attitudes dans les projets, dans la répartition des moyens.*

On ne doit pas simplement s'occuper de son propre pôle. Dans nos réunions on doit proposer des actions qui ne sont pas seulement de ton pôle d'appartenance. C'est aussi travailler avec la direction des soins, avec la DRH et toute l'équipe de direction.

→Relance : quelle est votre place ?

- *Réponse : ma place est de mettre la synergie entre les différents services. Par exemple lorsqu'un de nous est en congés, les autres obligatoirement prennent le relais.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : oui on a eu des formations de management de pôle avec l'ensemble de nos collègues et les chefs de pôle. Ça a été des moments de partage d'expériences et des connaissances.*

C'était à la prise de fonction, c'est tout. Il n'y a en a plus eu après. Quelque part on apprend sur le tas.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : mon degré d'implication, je peux dire qu'il est maximal. Moi je suis de la vieille école. Les jeunes maintenant c'est différent. Mais ça se comprend parce qu'il n'y a pas de reconnaissance. La fonction de cadre de santé n'a jamais été valorisée.*

.

Cette valorisation doit commencer par nos chefs d'établissements. Je ne compte pas mes heures. Je peux dire que je fais 60 heures par semaine. Je ne regrette pas parce que j'aime ce que je fais.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : par la communication. J'ai aussi le concours des référents qui m'aident à l'appropriation des projets par mes équipes. En tout cas, il faut expliquer les tenants et les aboutissants du projet, leur faire comprendre que si on fait ça c'est pour les patients mais aussi pour eux. Et surtout il faut qu'il y ait des moyens matériels comme humains en place et qu'ils voient que vous aussi vous êtes impliqués.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : Le cadre de pôle de demain, c'est quelqu'un qui va être présent dans toutes les actions. Ils le font déjà. Mais demain il faudra davantage des personnes motivées surtout avec la mise en place des GHT. A mon avis ils seront très en mouvement entre les hôpitaux de proximité et les centre hospitaliers universitaires.

ENT9

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : les grandes mutations sont l'acquisition de l'automate en biologie délocalisée, c'est aussi un robot en pharmacie, un changement de logiciel de plannings, les moyens au niveau du biomédical. Le cadre de pôle doit assurer le biomédical, on n'a plus de biomédical en temps plein lié avec les contraintes budgétaires. Autre mutation : évolution des effectifs médicaux et paramédicaux. Les gens s'inscrivent moins dans la durée dans leur fonction.*

.

Télé expertises et en télé consultations en plaies et cicatrisation pour apporter des solutions dans la prise en charge de la plaie sans déplacement des malades.

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

Réponse : En termes de management, je dois fédérer les médecins avec les supports techniques de Bordeaux. En pharmacie, le cadre de pôle doit être quasi permanent entre les pharmaciens, la direction et les techniciens. Certains ont déjà trouvé l'intérêt, d'autres non.

Relance : quels sont les conditions susceptibles de favoriser l'évolution de tes pratiques ?

- *Réponse : les moyens ergonomiques pour améliorer leur travail, les PC soient adaptés, un travail avec les informaticiens, les sociétés qui fournissent le matériel de robotisation. On n'a pas la hotline tout le temps, les procédures dégradées avec la Qualité. Un gros travail de concertation avec la cellule qualité. Une formation aux équipes pour s'approprier les pratiques. Les conséquences : être réactifs, trouver des solutions d'articulation, amener à développer les compétences dans d'autres fonctions. Ça induit des résistances au changement, moins d'attente de délai de prélèvements, on fait rentrer ces nouvelles cultures, c'est de la communication, de leur donner les formations nécessaires pour être autonomes et en sécurité.*

Relance : les freins potentiels ?

Réponse : comme freins, on n'a pas des ressources comme dans les grands hôpitaux. Nos limites : turn-over. Les directeurs adjoints sont là de passage. Il faut être très communicant.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : j'ai déjà précisé. Il faut qu'on soit flexible pour aller sur d'autres secteurs en cas d'absence du cadre du secteur, accompagnés de cadres de proximité.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

.

- *Réponse :* *bien sûr qu'il y a des rapports. Etant infirmière à la base, je suis dans une adaptation permanente. J'ai beaucoup bougé de régions et dans différents domaines : cardiologie, EHPAD, l'enseignement dans une école d'infirmière, direction des soins d'un l'hôpital… Ce sentiment de changer de métier. Pourtant je n'ai pas le choc de culture. Le choc de culture est peut-être dans la robotisation ?*

J'ai une expérience diversifiée surtout dans les structures privées. Actuellement, on a un changement, des évolutions cet été. Une évolution qui va entraîner qu'on intègre un GCS dans notre hôpital. Par exemple la pharmacie va être mutualisée. Là aussi ça demande les adaptations.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse :* *Je suis toujours en transversale. On est des prestataires de services de soins. Avoir la réactivité qu'il faut pour que mes services soient synchronisés avec les unités de soins. Je ne gère plus des patients dans les lits. Je suis plus dans l'obligation des moyens. J'ai trouvé mes équipes très sinistrées. C'est important de restructurer régulièrement. Le bio-nettoyage doit être plus avec le Covid.*

→Relance : quelle est votre place ?

- *Réponse : ma place c'est donner du sens à ce rôle.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : oui différentes formations sur les terrains. En qualité de manager j'ai eu des formations sur l'encadrement des pôles. C'est encore à consolider. Je vais bientôt partir. Je ne serai pas remplacée. Je suis à la fois cadre de pôle et cadre de proximité en radio et en bio-nettoyage.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : très fort. Au départ j'avais des horaires normaux jusqu'à juin dernier entre 50 et 60 heures par semaine. Je prépare le relais. Je travaille jusqu'en avril prochain. Je dois protéger ma famille. J'ai aussi les missions de médiation et d'identitovigilance qui vous prend trop de temps, les dossiers qui viennent s'ajouter. Il va falloir se pencher sur la problématique d'usure des cadres. Ils passent beaucoup de temps en gestion de l'absentéisme alors qu'ils devraient s'occuper des projets. Je constate le désenchantement.*

Relance : qu'est-ce qui viendrait entraver vos actions ?

Réponse : ce qui viendrait entraver ce sont la gestion des effectifs, un manque de moyens en informatique et le bio-nettoyage. Mettre les ressources au bon endroit.

Relance : les injonctions paradoxales ?

Réponse : Les injonctions paradoxales ? Oui, on nous demande de faire une chose puis après le contraire. C'est très régulier. On a la direction qui est mouvante, ils changent tout le temps. On a là une direction par intérim. Les choses changent vite en fonction des directions. Il faut faire confiance aux cadres, qu'ils soient jeunes ou moins jeunes. On court après l'information. Les comptes rendus des commissions médicales devraient être portés à la connaissance des cadres pour favoriser une bonne réactivité. On rattrape les informations au vol ; ce qui n'est pas normal. L'encadrement est beaucoup moins épanoui.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : je suis très communicante. C'est la communication dans un premier temps, l'aide des référents. Ça dépend du dimensionnement du projet. La formation aux nouveautés.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : je le vois comme un collaborateur. Il ne doit plus être en gestion de proximité.

.

Relance *: Dans le GHT ?*

Il doit rencontrer les cadres de pôles du GHT. Qu'ils participent aux réunions de pôles du GHT. Une ouverture hors des murs, avoir un lien avec les acteurs extérieurs. Doit travailler en confiance avec les directeurs adjoints.

ENT10

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : des mutations d'ordre démographique au niveau des ressources humaines qui impactent sur mon fonctionnement. Des possibilités de recrutement. La direction a totalement changé. Toute l'équipe top management de direction a changé.*

Une nouvelle direction sur le changement, l'adaptabilité. Il faut accompagner ces changements. Les premiers projets ont été remis en question par la direction de l'hôpital, en dépit de la validation par l'IRM. Il a fallu s'adapter à ce nouveau management. Le corps médical s'interroge sur l'évolution de ce management. Moi j'ai eu plus de latitude pour recruter. La DRH donne beaucoup plus de facilités contrairement à avant.

On a un nouveau chef de pôle qui est arrivé avec deux sous chefs de pôles compte tenu de la grandeur du pôle avec 12 cadres de santé de proximité.

Le mouvement social des manipulateurs radio n'a jamais été aussi présent dans la rue avec des impacts locaux au niveau de la cotation. On n'avait jamais entendu les manipulateurs descendre dans la rue.

Les pratiques avancées sont aussi d'autres mutations.

Le fait d'être à 2 cadres de pôles est très bien car il faut porter les projets institutionnels. Ça me permet de faire autre chose, être avec les cadres, les médecins, l'échange avec le directeur de soins. On peut s'occuper d'autres projets, d'aller un peu plus en profondeur.

.

Les freins potentiels c'est déjà de ne pas être seul. Le changement des équipes de direction freine en termes du temps. Le regard du n+1 est fondamental dans les informations.

Le changement des équipes de direction ça freine.

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

- *Réponse : répondu dans la précédente question*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : je suis responsable du pôle imagerie sur tous les sites du CHU avec 12 cadres au total. Ça représente à peu près 400 agents. L'accompagnement des protocoles de coopération*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse : je pense en effet que la connaissance du métier est un plus. Mais elle n'est pas indispensable. Les expertises restent dans le domaine qu'ils connaissent. Communiquer, accompagnement, dans le suivi, il faut bien connaître le métier. La connaissance du terrain, l'expertise est un atout. Ce que j'ai entendu, c'est que si on a fait appel à moi c'est parce que je connais le terrain. Je suis au CHU de Bordeaux depuis longtemps. Mais je peux tout à fait travailler dans un autre service de soins.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : euh la transversalité pour moi mon positionnement est très clair. On travaille sur tous les sites. On partage des informations entre les cadres de pôles. On facilite la mobilité inter-sites, avoir une équité optimale. Ce qui concerne la gestion des projets, on est trois sites. On a une vision macro. Mais c'est trop chronophage. Surtout avec le Covid, le télétravail est d'un apport capital sinon on ne s'en sortirait pas.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

.

- *Réponse les formations proposées pour les managers. Et aussi à la prise de fonction de cadre de pôle en lien avec le fonctionnement, l'organisation et le management de pôle.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : c'est propre, je dirais que c'est tout bon. Certains jours on a l'impression que ça ne se passe pas comme on veut. Mon implication est totale.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : la communication est fondamentale, on explique le contexte, les objectifs et le contrôle des projets. J'adapte ma façon de manager en fonction du contexte.*

Etre à l'écoute. Les cadres ont besoin de travailler seuls. Les jeunes cadres, on les accompagne. Le respect, j'espère qu'en retour ils me respectent aussi.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : c'est une image. Lui donner plus d'autonomie. La direction doit lui donner plus d'autonomie, dans les organisations, le parcours du patient. Plus de confiance, de pouvoir de décision. Je dirais aussi il faut arriver à décloisonner, plus ouvert sur la politique de santé, être en lien avec les autres établissements. Aujourd'hui au niveau du GHT il ne passe rien du tout. En tout cas il faut une ouverture au niveau régional, au niveau du GHT. Il y a très peu de communication entre établissements.

ENT11

<u>Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?</u>

- *<u>Réponse</u> : un périmètre professionnel beaucoup plus large en encadrement des agents. Avant j'étais sur un secteur avec des manipulateurs et des Aides-soignants et maintenant j'ai des manipulateurs, des Aides-soignants, des infirmières et Aides-soignants, des cadres de santé, des secrétaires. Par rapport au travail les orientations professionnelles ont changé, il y a de l'imagerie qui reste prestataire, les urgences qui est la porte d'entrée de l'hôpital.*

→<u>Relance</u> : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

- *<u>Réponse</u> : c'est un métier un peu différent. Un intérêt professionnel différent et une prise de recul par rapport au professionnel en général. Euh une dimension qui est un peu plus loin du terrain, qui est un peu dans l'organisation et de la stratégie d'orientation de ce que l'on fait.*

→<u>Relance</u> : quelles sont les conditions pour favoriser l'évolution de vos pratiques ?

- *<u>Réponse</u> : les conditions sont essentiellement matérielles et c'est ce qui manque le plus parce que de là découle toute l'organisation et la mise en place de ce qu'on voudrait faire pour améliorer les choses au niveau de la prise en charge du patient.*

→<u>Relance</u> : quels freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- <u>Réponse</u> : *les freins c'est le manque de professionnel qu'on n'arrive pas à recruter. C'est la première chose. Ensuite le fonctionnement, l'hôpital soit en difficulté financière. On a besoin de faire plus attention. On a des moyens qui sont limités. Les choses qu'on ne peut pas faire par manque de moyens. On a une augmentation croissante d'activité au niveau des urgences et de l'imagerie et du reste du périmètre parce qu'il y a quand-même une baisse professionnelle de terrains libéraux qui fait que les gens se tournent davantage à l'hôpital.*

.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : l'imagerie, les urgences et les secrétaires.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse : une expérience qui m'a aidé et qui m'aide encore. J'ai sous ma responsabilité le nouveau cadre d'imagerie. Une connaissance de terrain et des dossiers. J'ai été cadre d'imagerie pendant quinze ans. La connaissance de terrain m'aide et m'aide encore. Aux urgences c'est différent. Le fait de connaître professionnellement l'activité de l'imagerie, ça m'aide. C'est un métier que je connais moins. J'ai connu des difficultés au départ.*

Le cadre de pôle précédent était un infirmier. Il y avait un problème de reconnaissance de quelqu'un qui vient du médico-technique sur un poste de cadre de pôle. Maintenant à 3 ans passés ça va mieux.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : un partage, la communication et avec au milieu le patient. Pour le coup on est en plein dedans. J'ai aussi un service de consultation à ma charge en plus de deux gros services qui sont l'imagerie, les urgences et des consultations et différents services satellites autour de ces deux services qui sont l'imagerie et les urgences. C'est arriver à faire fonctionner tout le monde ensemble dans l'intérêt du patient. C'est le nœud du problème. La transversalité existe depuis l'entrée à la sortie du patient, quelle que soit la raison pour laquelle il vient.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse j'ai eu une formation qui est arrivée un peu trop tard. Une formation de 10 jours. La formation n'est pas suffisante. A mon avis il aurait fallu plus. De fait j'aurais eu besoin d'approfondissement. C'est ce que j'ai demandé pour l'année prochaine.*

.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : je suis trop impliquée. Je vais jusqu'au bout des choses. J'aime mon métier. Je veux que les agents et les patients soient satisfaits. La crise sanitaire nous met des freins dans toute chose. Elle se passe en adaptation du jour le jour entre les décisions ministérielles et les orientations locales.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : c'est compliqué. Ça passe par la communication. Faire participer les professionnels, les écouter car sont parfois sources de propositions.*

Malgré tout certains résistent. Quand on met en avant l'intérêt du patient, ils suivent plus facilement. Quand ils ne voient pas cet intérêt, ça devient difficile. On n'est pas à l'abri que les agents ne suivent pas. Dans ce cas la plupart du temps il faut revoir sa copie. Globalement c'est la négociation. En général ça marche.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : pour moi le cadre de pôle, il doit être détaché des problèmes de terrain. Mais il doit être à l'interface de tous les projets interservices ou intra- services. Les cadres de terrain doivent travailler avec lui, faire que les équipes travaillent ensemble. Il doit avec le chef de pôle mettre la stratégie et l'organisation en place. Il doit décloisonner. L'unité doit se faire autour du patient et des métiers. Les cadres de pôles doivent être retirés de la proximité. Il ne faut pas couper le lien avec la proximité.

→Relance : Et le GHT ?

- *Réponse : Le GHT c'est encore une grosse nébuleuse. Tout est en stand by depuis qu'il y a la crise sanitaire. Rien n'est fait encore chez nous.*

.

ENT12

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : alors les mutations, la première d'entre elles c'est la nouvelle gouvernance, un gros changement. La loi HPST qui est intervenue également. En tant que cadre de pôle on est plus dans la stratégie, on suit des décisions institutionnelles. On suit les projets. On fait avancer les projets avec l'équipe d'encadrement.*

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

- *Réponse : il y a eu des changements dans la stratégie, dans la façon de faire et dans nos habitudes.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : les conditions susceptibles de favoriser l'évolution de vos pratiques ? L'autonomie. Surtout de l'autonomie. Ce qui n'est pas toujours le cas. Malheureusement. Voilà !*

→Relance : quels freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- Réponse : *Les freins. Il y a une part d'illusion dans la nouvelle gouvernance. Le pôle n'a pas autant d'autonomie de gestion qu'on prétend lui en donner. On dépend des différentes directions. On est quand-même tributaire de la direction des ressources humaines, des finances, quoi ! On a toujours cette lourdeur administrative. Ça nous empêche au niveau de notre réactivité.*

.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse :* *Je suis sur toutes les unités de mon pôle et je suis en liaison avec les différentes directions de l'établissement.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse :* *L'expérience en tant que cadre de proximité me sert dans le fonctionnement. Elle est plus que nécessaire. On est obligé d'avoir de réactivité. On essaie de prendre de la hauteur.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : au service d'une institution, avoir une vision plus large. C'est plus en termes de missions que je vois ça.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse oui plusieurs formations. Un master 2 de management des établissements. Notre direction de soin a voulu qu'on travaille sur le projet managérial vis-à-vis de nos équipes. On a eu d'autres formations avec d'autres collègues de 2 ou 3 jours chaque fois en lien avec le projet managérial qui faisait partie du projet d'établissement. Pas spécialement à ma prise de fonction, non !*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : le temps de je consacre c'est de 8h à 19h30, parce que je suis quelqu'un d'investi. Mon seul raisonnement c'est de faire que les patients soient satisfaits. L'objectif est le patient et les professionnels soient satisfaits. On parle de QVT, qualité de vie au travail. Ça veut bien dire ce que ça veut dire !*

.

- *Relance : Avez-vous des injonctions paradoxales ?*

- *Réponse : injonctions paradoxales ? Oui pendant le Covid, portez les masques, n'en portez plus. On en a tous les jours.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : on essaie de communiquer à la base. Ce n'est pas aussi facile que ça. On fait les réunions de service. Au niveau de l'institutionnel aussi. C'est le cas du Covid. Ceux qui ne veulent pas suivre, il arrive un moment si l'ensemble du groupe finit par adhérer les autres finissent par suivre. On ne peut pas tirer un âne qui ne veut pas venir. Il ne faut pas à tout prix faire adhérer tout le monde. La stratégie c'est d'aller chercher ces gens qui s'opposent et les proposer leaders, référents du projet.*

Ça fini par marcher, ils finissent par suivre. Les communications pendant les moments de transmissions par les cadres de santé de proximité.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : Euh le dessiner ? Comment voulez-vous je le dessine. Aujourd'hui je suis capable de vous dire le cadre de pôle est le capitaine des pompiers. J'ai seulement la vision de mon établissement, issus de la filière infirmière. Le cadre de pôle de demain ça peut-être il sera question de managers sortis de grandes écoles de commerce. Ils ne seront plus issus des formations infirmières et médico-techniques.

→Relance : Et le GHT ?

- *Réponse :* le GHT ? *C'est autre chose. Aujourd'hui on collabore avec les collègues des autres établissements de notre GHT mais chacun reste dans nos établissements respectifs.*

.

ENT13

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : Moi qui ai une expérience de plus de vingt ans je trouve que les directeurs n'ont plus les mêmes managements. Paradoxalement la communication n'est plus de qualité alors qu'on a des moyens de communication qui sont de pointe. Communication de moins en moins de qualité.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : cela a induit des difficultés à gérer les humains parce que la communication n'est pas bonne. Les rôles de la direction tombent sur notre fonction.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : plus de participatif. On ne participe pas aux décisions. Des exemples de productivité, produire plus avec les moyens constants ? La productivité prend le pas sur la prise en charge des patients, sur l'humanisation. On oublie que le patient est au centre.*

→Relance : quels freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- Réponse : *Dans la période Covid on a eu des injonctions paradoxales qui ont été des freins incontestables. Il faut distinguer des circulations entre Covid- et Covid+. En aucun cas on tient compte des motifs d'hospitalisation. Il y a des consignes ministérielles qui sont appliquées.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : Mon périmètre c'est les EHPAD, la diététique, les psychologues…*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

.

- *Réponse :* *Non. J'étais cadre sur le pôle la médecine avant. On m'a dit d'aller en gériatrie. Ce n'est pas un secteur qui m'intéressait particulièrement. Mon expérience m'a aidée aussi dans la gériatrie.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : pour moi la transversalité se situe sur le plan systémique, riche. On peut monter des projets. On peut faire des actions holistiques, globales. Ça aide à faire le lien*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse Non. Mais je pense que les formations aident à s'améliorer. Mon expérience m'a aidé dans la gériatrie. A voir autre chose, comment se passe ailleurs.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : entièrement. J'essaie de prendre du recul par rapport aux situations.*

- *Relance : Avez-vous eu des injonctions paradoxales ?*

- *Réponse : Si c'est l'entrave j'essaie de la laisser sur le côté, le comportement de la hiérarchie. Si c'est quelque chose qui m'aide je prends. Pendant le Covid, portez les masques, n'en portez plus. On en a tous les jours.*

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : sur un plan pédagogique, je fais comme à l'école, je fais participer. Je tiens compte à leurs prérequis. Des réunions, je distribue les tâches. Je leur donne des responsabilités sur les points qu'ils voudraient travailler avec un calendrier.*

.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : je ne sais pas s'il existera encore demain. Dans les petits établissements on se marche sur les pieds. Le cadre de pôle de demain, c'est un poulpe, une pieuvre à plusieurs bras. Je pense qu'il faut avoir des gens par filière. Nous on a fait par la tarification à l'activité. Je pense qu'on s'est trompé. Ses missions je le vois par filière, par parcours patients, par patient traceur. Parce que ça a un début et une fin. Il y a une logique, en tout cas pour moi. Ça un sens pour nous les soignants.

ENT14

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : les mutations sont liées aux nouvelles directions. Le management de direction est complètement différent.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : moi ça a été des gros bouleversements, des remises en question permanentes, des restrictions RH importantes. La nouvelle direction est dans l'état de lieux des organisations pour amener de l'économie. On n'est pas sur le modèle de restrictions plutôt sur le modèle de restriction des effectifs, diriger, radical sans concertation.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer tes conditions ?

- *Réponse : je m'appuie sur les savoirs des directeurs. J'espérais fort de partir en formation mais compte tenu du travail, c'est impossible.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- Réponse : *le 1er frein c'est avec mes collaborateurs. Une légitimité que je reconnais à es personnes, de l'honnêteté intellectuelle. On vous retire de la boucle décisionnelle.*

.

Cela pose la question sur le sens de notre travail. On ne peut pas continuer à travailler d'une façon sereine.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse:* *tout l'ensemble du MCO et brancardage. C'est fortement dépendant du dimensionnement des cadres supérieurs de santé de pôle. Le périmètre des responsabilités est limité aux responsabilités qu'on te donne, à la confiance qu'on te donne, on liste le travail jusqu'à l'opérationnalité.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse:* *je dirais que je pense que les trois se regroupent dans l'organisation pour arriver à travailler avec les uns et les autres. Pour moi ce qui m'a influencé c'est mes capacités organisationnelles. Pour moi la responsabilité c'est de prendre soin de l'établissement et dans le respect de l'autre. La connaissance du terrain, être dans une maîtrise d'activité, montrer à l'équipe que tu peux travailler avec eux. C'est tout le long de mon parcours. Tu as rencontré des difficultés. C'est une répétition des activités qui t'aide dans la fonction de cadre supérieur. Ce sont des projets qui te permettent d'évoluer, le fait de travailler avec différents directeurs. C'est de l'expérience qui peut influencer ta stratégie.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : elle est indispensable. Envisager des liens entre l'ensemble des équipes. La transversalité doit être ton souci constant.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : j'ai eu des formations de 15 jours sur Paris, des formations internes, institutionnelles, c'est tout. La formation me manque personnellement. Ce n'est pas un frein dans mes actions quotidiennes.*

.

Sur le poste de cadre supérieur de santé c'est difficile par le fait qu'on est très pris par notre travail du quotidien. C'est vrai, pour le moment le secteur de l'imagerie pourrait être appréhendé autrement. La partie des tableaux des bords j'ai été défaillante, il y avait un maillon manquant. On n'a pas été formé à ce type de fonction. Si je devais me former aujourd'hui ce sera sur le champ Qualité.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : à 120% dans le management. Le sens qu'on y donne. J'évolue dans une équipe qui donne un sens à mon travail.*

- *Relance : Avez-vous eu des injonctions paradoxales ?*

- *Réponse : oui, bien évidemment. L'attachement que tu as avec les équipes t'empêchent de répondre aux objectifs qu'on nous fixait par la direction. Parfois on n'est pas en phase avec ce qu'on nous demande.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : je continue à travailler en très grande proximité avec les cadres. On décline les projets de façon détaillée ensemble, puis porter aux équipes. Travail de collaboration. Démontrer à un moment donné que ce travail de collaboration avec les cadres entraîne une grande explication pour les rendre le clairement possible, en prenant compte le poids de l'établissement. Une autre réalité : le soutien de l'équipe de direction. Un projet, on explique toujours et la mise en œuvre évaluée. Il peut être évalué au point d'être réajusté.*

.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : Je te réponds que je ne suis pas visionnaire. Le Covid a un peu modifié nos fonctions. On fait des recrutements sans y faire attention. Le pôle de demain doit s'adapter aux organisations, à la philosophie, à toutes les stratégies, il doit se tenir informé.

Relance *: Et comment vous le voyez dans le GHT ?*

Je le vois tout petit. Dans le Lot-et-Garonne le poids est important. Mais les cadres sup ne participent pas aux actions du GHT. J'ai une vision limitée de cadre sup. dans le GHT.

ENT15

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : la gouvernance qui a bien changé à la suite du décès du directeur. Direction commune. Du coup changement de direction, les décisions ne sont prises plus au niveau local, territorial.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : une perte de proximité avec la direction. Du coup on rentre dans toute la splendeur administrative. Avec son inertie et son désenchantement des personnels. Perte de temps. J'avais les réunions avec mon directeur. En un an et demi, j'ai eu une seule réunion avec mon directeur. On ne sent pas abandonné mais on se sent tout seul. Lenteur administrative.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer vos pratiques ?

- *Réponse : la formation, avoir des projets institutionnels et transversaux. Donner un sens à ce qu'on fait au quotidien. Des vrais projets sur l'établissement, sur les territoires, sur le GHT.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

.

- Réponse : *financements pour aller faire des formations, pour pouvoir se dégager du temps pour aller faire des missions transversales et arrêter de faire uniquement le quotidien.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse:* *Urgences, Surveillance continue, Imagerie, Pharmacie, Permanence d'accès aux soins de santé.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse:* *J'ai travaillé aux urgences, je connais le métier. Ça me parle. Oui ça m'a aidé. Ce que je gère je sais le faire. C'est une expérience qui me sert. Ils ne peuvent pas me raconter des choses que je ne comprends pas.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : plusieurs services ou carrément des projets institutionnels. Les choses qui nous impactent ainsi que d'autres services. Les projets sur l'établissement comme la banque du sang, le chariot d'urgence. Il faut du lien avec d'autres services..*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : formation de prise de poste, d'adaptation à l'emploi sur une semaine de cadre de pôle et un master. J'aurais besoin d'autres formations encore faut-il avoir le financement.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : très investi. Je suis joignable par les équipes pendant mes repos, même chez moi. Je n'ai pas une grosse déconnexion au quotidien.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

.

- *Réponse : on verra avec le changement d'interlocuteurs. Avec le départ de ma directrice de soin à la fin d'année on verra qui la remplace et comment c'est géré. On a des accords tacites en termes de volumes horaires, de disponibilité. Rien n'est écrit. Elle me rend un peu. Ça permet de faire marcher le système. Si la nouvelle ne le fait pas cela pourrait changer mon implication.*

Quant aux injonctions paradoxales on en a plein, on a des injonctions paradoxales de la Directrice de soins de l'ARS, des directeurs financiers. C'est notre quotidien.

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : j'essaie de chercher des personnes volontaires pour travailler avec moi. Avec ces personnes on fait de la pédagogie avec les équipes qui vont être impactées.*

On implique les gens. On dialogue beaucoup sur des problématiques. Ils sont force de proposition. On explique. Je ne suis un adepte de grandes réunions.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : multicompétent : management, informatique, comprendre et gérer un budget. C'est le directeur non médical du pôle.

Relance : Et comment vous le voyez dans le GHT ?

Réponse : Je le vois mal. Peut-être des cadres de pôles par filière. Par exemple des cadres des urgences au niveau du GHT.

ENT16

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : crise sanitaire, rationalisation des moyens, performance économique et humaine, accentuer l'axe qualité, ouvrir des organisations interne vers l'extérieur, passage en 12h, modification des organisations pour relancer l'activité. Construction des pôles, la conduite des projets, le projet d'établissement.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : cela a induit de nombreuses adaptations, revoir au niveau de ses compétences et faire en sorte de répondre aux besoins des changements, être en éveil.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer vos pratiques ?

- *Réponse : Euh, je pense que la possibilité de faire le benchmarking et de pouvoir comparer ce qu'on a créé avec des organisations de même acabit, la formation, la possibilité d'évolution de carrière.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : la différence qui existe entre la demande intentionnelle et la réalité qui est encore plus marquée avec la crise sanitaire, les difficultés liées aux changements (accompagner les équipes), l'enjeu économique, la légitimité réglementaire (dépassement de nos périmètres). On travaille sur beaucoup de problématiques pour lesquelles nous ne sommes pas légitimes mais on nous interpelle pour pouvoir les régler, c'est un énorme fossé pour notre périmètre d'action.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: au départ il est centralisé sur tout le personnel non médical. Finalement c'est tous les services, les organisations. Globalement c'est vraiment la définition du marginal sécant, qui fait que vous n'appartenez à rien mais vous devez être partout.*

.

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse: depuis 2011 je suis sur la gestion des projets et l'encadrement. Je retrouve les mêmes choses que ce que j'ai fait dans le passé. Même si vous changez les habitudes vous ne changez pas la méthodologie du travail.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : s'assurer que chaque ressource et chaque compétence aient un objectif commun. Il faut que chacun accepte le périmètre d'action de l'autre*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : formation de cadre sup à Lyon qui devait durer deux semaines mais qui a duré une semaine suite aux problématiques arrivées sur l'établissement.*

→Relance : dans quel domaine souhaitez-vous un complément de formation ?

- *Réponse : je souhaiterais avoir une formation complémentaire dans les domaines de l'audit interne, du contrôle de gestion et de la qualité, le coaching.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : c'est dur de s'auto juger. Enfin j'ai la sensation d'être impliqué, voire engagé.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : euh non. Peut-être le temps. Si les choses n'évoluent pas et ça s'inscrit dans le temps et que les problématiques n'avancent pas il faut revoir vos priorités.*

- Relance : est-ce que vous pouvez me parler des injonctions paradoxales de votre hiérarchie ?

- *Réponse : ah oui !*

.

C'est toute la contrainte de faire la jonction entre les demandes de la direction, les recommandations de l'ARS qui tombent au dernier moment, des professionnels et des attentes des équipes qui ne convergent pas toujours. C'est ça qui est compliqué, la jonction avec tous, sachant que l'objectif n'est pas toujours le même. On n'est pas tous centrés sur le patient. Ce n'est pas vrai. Du coup au fait au quotidien vous avez des injonctions paradoxales.

Je pense que c'est quelque chose qui reflète des organisations françaises, c'est culturel en France. C'est à vous de faire le grand écart pour trouver le juste équilibre pour que ça fonctionne.

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : Euh, moi généralement je fais participer. Quand le cap est défini, je valide. J'ai plus tendance à valider ce qui a été co-construit. Il y a l'occupation du terrain, de passer partout régulièrement, la connaissance des équipes, pointer facilement les choses qui ont avancé.*

Assurer la mise en place et la réactualisation du projet, il faut communiquer sur ce qui a été bien fait. On valide avec toute l'équipe. La communication du quotidien. Partager des moments conviviaux.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : il a beaucoup d'autonomie avec très peu d'autonome, répondre à tout et à rien. En fait il doit s'occuper de la gestion de projet, très transversal, ouvert sur l'extérieur. Aujourd'hui les cadres de pôles ne sont pas ouverts vers l'extérieur. Il faut réfléchir en termes de filière de soins. Avant on était centralisé à l'échelle d'un établissement. La filière est liée à l'individu alors que le parcours de soin était lié à l'hôpital.

Relance *:* Et comment vous le voyez dans le GHT ?

.

Réponse : accompagner les nouvelles structurations et les filières de soins. Il faut qu'il soit disponible. C'est une erreur managériale que de trouver les cadres de pôle dans la gestion des équipes qui relève normalement des cadres de santé de proximité. Il ne doit pas y avoir la gestion d'un côté par le cadre de pôle et de l'autre par le cadre de santé de proximité. On leur demande d'avoir une vision de l'établissement et en même temps être cadre de proximité. On leur demande d'être schizophréniques.

ENT17

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : j'ai pu constater un glissement en 5 ans par le transfert des tâches de la DRH vers le cadre de pôle. Recrutement des agents.*

La délégation de gestion reste assez légère. La charge de travail plus importante. On n'a pas du tout de délégation de gestion. Par contre la charge de travail est plus importante.

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : Des journées interminables.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser vos pratiques ?

- *Réponse : les cadres devraient avoir une aide administrative. Quelqu'un avec eux : la gestion de rendez-vous…Une collaboratrice. On pourrait bien se concentrer sur les dossiers du pôle, en termes de stratégie.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : il est général. C'est la diminution des postes. Le fait de ne pas avoir les collaboratrices. Ce sont les mesures de restriction.*

.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse:* *Exclusivement l'imagerie, beaucoup de modalité y compris la médecine nucléaire. C'est un grand pôle. On est trois sites. Sur un même site on a la pédiatrie et l'adulte*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse:* *c'est une continuité. C'est l'expérience acquise dans les emplois antérieurs qui te permettent de bien agir dans certains domaines comme la stratégie. La prise en charge du patient et la reconnaissance du métier. Parce que le métier de manipulateur n'est toujours pas reconnu.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : l'imagerie c'est déjà transversal dans la qualité d'une prise en charge patient. La transversalité passe par tous les services jusqu'aux fonctions support.*

Ma place c'est justement de veiller à ce que l'imagerie soit intégrée dans les projets. Exemple de l'informatique, l'imagerie a été oubliée. Rappeler qu'ils ont oublié l'imagerie

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : très peu. Piloter l'imagerie. C'était trop tôt. Une autre formation sur l'approche participative.*

→Relance : dans quel domaine souhaitez-vous un complément de formation ?

- *Réponse : le management. La même formation que j'ai eue au début sur le pilotage d'une équipe d'imagerie. J'aimerais la refaire.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans vos actions quotidiennes ?

- *Réponse : Je manage les équipes de proximité. Je fais en sorte qu'ils soient autonomes sur les dossiers, notamment pour la RH. Au quotidien mon implication est variable en fonction des dossiers.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse les moyens économiques et financiers.*

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : communication, participation, de l'écoute, s'exprimer. Quand ils n'adhèrent pas, il faut expliquer les tenants et les aboutissants.*

S'appuyer sur des personnes ressources. Demander à celui qui pilote le projet à venir expliquer. S'appuyer sur les personnes ressources.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : il faut lui donner de l'autonomie complète. Parfois j'ai l'impression que entre la direction de soin et la DRH il y a des glissements. Je le vois avec une charge de travail très importante. Le cadre de pôle de demain doit être revalorisé.

Relance *:* Et comment vous le voyez dans le GHT ?

Réponse : je ne le vois pas beaucoup. Depuis que le GHT a été mis en place, moi je n'en ai pas entendu parler, en tout cas pas dans notre établissement.

.

ENT18

<u>Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?</u>

- *<u>Réponse</u> : alors les principales mutations, c'est une dimension stratégique pour mener des projets de pôles qui sont en lien avec le projet d'établissement. Le développement de l'ambulatoire et en diminuant le conventionnel. On est en train de vérifier le volume de lits de chirurgie. Au niveau de la pédiatrie médicale, c'est-à-dire en médecine, on a des activités saisonnières qui font qu'on travaille sur la mobilité et la pluri compétence. On a des gastro et des bronchiolites. On ferme des unités pour pouvoir adapter notre capacitaire à l'arrêt des épidémies. Les soignants qui restent au sein du pôle vont travailler, remplacer chez les adultes, en extrapôles.*

→<u>Relance</u> : qu'est-ce que cela induit ?

- *<u>Réponse</u> : vigilance au maintien des compétences. En termes de management ça oblige les cadres de proximité à rencontrer individuellement leurs agents. Ils leur demande de faire trois choix et un non choix d'unité de remplacement. Ça demande un management bienveillant. Pour certains agents ça développe des projets professionnels, un parcours de professionnalisation.*

On travaille avec des organisations syndicales. Il y a des critères pour être redéployé. S'appuyer sur des valeurs comme l'équité.

→<u>Relance</u> : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser vos pratiques ?

- *<u>Réponse</u> : c'est le contexte sanitaire, le Covid exige aussi une solidarité interpoles. Des équipes qui connaissent les besoins des autres pôles. Des petites réunions rapides qui permettent au personnel de s'exprimer, la valorisation à participer à nos projets. Ça facilite le passage de projet aux instances. La direction des soins peut être aussi facilitante, le DRH sur les points stratégiques quatre fois par an a des points RH, des points qualité en termes d'absentéisme avec la DRH et un représentant de la Direction des soins.*

.

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : si la fonction RH n'est pas résolue, ça peut devenir un frein.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : il y a six services dans les pôles, sur deux pavillons. C'est le plus gros pôle du CHU. Un pavillon de pédiatrie et un autre mère et enfant. Au niveau de la gouvernance j'ai une coordinatrice qui s'occupe la maternité et gynécologie obstétrique.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse: déjà en termes de charge de travail, de surcharge de travail. Je suis cadre supérieur de pôle et cadre sup des autres unités que je dois gérer.*

Mes expériences antérieures m'ont appris à réfléchir plus vite, à travailler plus vite. Je suis en position d'arbitrer, de décider. C'est mon expérience qui me le permet. Gérer mon temps et le sens des priorités et savoir dire non. Trouver des outils qui nous permettent de gérer le temps. Je demande de plus en plus de me faire des feed-back parce que je suis de plus en plus éloignée du terrain.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : euh écoutez, j'ai essayé de la concrétiser de transformer un poste de cadre de proximité en 50% en mission transversale de qualité, mettre en charge des pratiques professionnelles. Elle va être en appui des cadres, de mettre les patients traceurs, sur les pratiques professionnelles. Et un cadre sup en missions transversales RH.*

Dans cette transversalité ma place est dans l'animation des commissions qualité, je suis à tous les CREX, l'analyse des événements indésirables. J'ai besoin d'une collaboratrice qui fait le suivi des postes vacants, des contractuels.

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

.

- *<u>Réponse</u> : gestion de l'absentéisme et sur l'aspect sociologique. Nous proposons un entretien dans les congés. C'est l'entretien maternité. On lui propose un aménagement de poste de travail, retour à l'emploi, cibler un entretien vis-à-vis des accidents du travail pour essayer de construire un arbre de causes. On a mis en place une pyramide décisionnelle par rapport à l'absentéisme pour des remplacements.*

Pas beaucoup, on a tellement le nez dans le guidon. On court après le temps. Malheureusement ce sont des formations qui passent à l'as. J'ai été à certains moments sur les congrès de directeurs de soins. Je n'ai pas fait de master contrairement aux autres.

<u>Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?</u>

- *<u>Réponse</u> : énorme. Le travail d'équipe avec le chef de pôle et en même temps avec tous les cadres sup. Ce sont des journées de 10 à 12 heures. Implication très forte. Je suis le budget. Je travaille avec le cadre gestionnaire.*

- <u>Relance</u> : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *<u>Réponse :</u> la fatigue, la charge mentale. Enorme charge mentale, des ordres et contre-ordres, la communauté médicale n'est pas toujours facile.*

Ils (médecins) n'acceptent pas aussi la gouvernance et ils réclament à cor et à cri, refusent la centralisation, la gouvernance. Les personnels aussi. « Je veux tout, pas faire des nuits, je ne veux pas telle unité ». Il y a aussi la concurrence du privé qui propose 300 à 400 euros par mois. Ils nous arrachent nos compétences.

Des injonctions paradoxales sont des ordres et contre ordres que j'ai dit tout à l'heure avec l'ARS et la direction de l'hôpital, de la direction avec les cadres de pôles.

.

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : par le management des cadres. Par des réunions. Je fais aussi de retours sur la commission de soins… Je m'assure qu'ils connaissent le projet d'établissement. On a mis des conseils de service qui nous permettent d'informer. On a mis une petite gazette…*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : un stratège, expert de la communication et de la négociation. Un binôme cadre sup de pôle et chef de pôle très soudés.

Relance : Et comment vous le voyez dans le GHT ?

Réponse : c'est compliqué. Le GHT pour nous c'est très éloigné. On y va quand-même travailler une autre approche de notre travail pour partager et mutualiser certaines compétences. Les projets médico-soignants communs. Il peut y avoir un terrain riche. Conduire des projets communs et la complémentarité d'expertise médicale et paramédicale.

ENT19

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : euh alors en mutations externes je dirais que les coopérations médico-soignantes avec les autres établissements de proximité et le GHT. En interne, le GHT avec toutes les normalisations de la certification. En interne le plan de retour à l'équilibre de l'établissement, la coopération de directions avec un autre établissement, direction partagée on va dire. Voilà !*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : une vision plus large du management ne se fait pas au niveau de l'établissement, d'un pôle avec d'autres établissements en termes de qualité, de direction.*

.

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser vos pratiques ?

- *Réponse : les politiques générales, les projets de l'ARS, par le GHT, les projets qu'on peut avoir avec d'autres établissements. Là on est en pandémie, du coup avec une façon de travailler, de gérer les disponibilités de lits avec les autres établissements. La coopération à travers le parcours patient en EHPAD vers le centre hospitalier ou vers le domicile. On travaille aussi avec les intervenants extérieurs sur les projets communs. Toutes les coopérations du territoire. C'est l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur. Je dois travailler avec d'autres personnes différentes. On instaure des projets avec d'autres centres hospitaliers. On fait des coopérations médico-soignantes. Auparavant, on ne faisait pas de projets avec eux, là on instaure le parcours du patient.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : le regroupement. Une lourdeur et une complexité dans les investissements. La dimension du GHT.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: faire avancer les projets les plus souples en termes de dynamique de pôle à pôle. Maintenir un lien avec le GHT par rapport aux possibilités que peut offrir un CHU qui est un établissement support. Accéder aux projets déjà avancés.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse: d'une façon générale par mes capacités d'analyse, par l'approche relationnelle des personnes, des capacités d'organisation et de priorisation.*

.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : vision positive, nécessaire, apporte des éléments contradictoires, complémentaires parfois, un enrichissement en termes de travail, de relativiser nos difficultés, de valoriser les actions mises en place. La transversalité c'est la capacité à élaborer des projets, à travailler avec différentes personnes sur des problématiques différentes.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : euh quelques formations sur les cadres de pôle de deux jours trois fois. Une formation sur l'éthique et le management, de management intergénérationnel*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans vos actions quotidiennes ?

- *Réponse : je me sens impliquée dans ce que je fais à 100%*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse l'avancée de certains projet, le sentiment d'être utile. Le travail de collectif cadre et la direction.*

Ce qui viendrait entraver, c'est la méconnaissance du travail des cadres par des médecins, les gens avec qui on travaille.

Parfois le quotidien des managers en termes d'injonctions paradoxales. Malgré ces injonctions on favorise les petits pas, à faire partager. Avec le Covid, toutes les notes qu'on reçoit, il faut prendre du recul.

.

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : expliquer et surtout donner du sens, mettre du concret. Faire en sorte que tout le monde puisse comprendre le sens du projet.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : ouvert sur les autres établissements. Sur un petit établissement en terme de recrutement. Travailler avec d'autres établissements. C'est avoir de l'ouverture sur la ville.

Relance : Et comment vous le voyez dans le GHT ?

Réponse : collaboratif, c'est la capacité à partager. Rester sur les échanges et partager des savoirs, des connaissances. Je le vois sur les filières de soins, de cardiologie, de psychiatrie…

ENT20

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : je dirais le management institutionnel. Les modalités managériales qui se sont modifiées au fur et à mesure des années. Le management institutionnel et financier.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : une temporalité qui s'est modifiée. On demande que les projets se fassent en moins d'un mois. La relation avec les partenaires sociaux. Les relations tendue et difficiles. Ils remettent en cause le travail de l'encadrement.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser vos pratiques ?

- *Réponse : je pense que ce sont les temps d'échanges avec les cadres, de prendre le temps d'analyser les pratiques. Ça pourrait faire évoluer mes pratiques.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

.

- *Réponse : la non confiance ou la manifestation de l'absence de confiance.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: euh, le management des cadres de santé, la gestion prévisionnelle des compétences, la gestion de projets.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse: tous les jours c'est être cadre sup et cadre de pôle. C'est la filiation de ce que nous menons tous les jours. On est des soignants avant tout. On a ce regard de certaines valeurs des soins. Les décisions ne sont pas toujours en lien avec des valeurs professionnelles.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : À l'articulation de manière plus large à l'institution. La transversalité est dans les gènes. Elle est au carrefour de la prise en charge des patients.*

Une transversalité en « D ». La transversalité avec les directions, entre les pôles, entre les équipes elles-mêmes…

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : oui j'en ai eu une. Je ne me rappelle plus du nom. C'était une formation de manager sur trois jours lors de la prise de fonction. Comment manager les équipes des cadres.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : au quotidien, 350%.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : l'énergie des cadres et les équipes paramédicales. De sentir qu'ils ont envie de s'engager. La violence et le rapport avec certains professionnels et les syndicats peuvent entraver.*

Surtout les injonctions paradoxales qui sont quotidiennes.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : beaucoup de patience et d'engagement. Dire les choses avec beaucoup de respect dans les relations au travail. Proposer de travailler sur les modalités de recrutement sur le centre de régulation SAMU du Centre 15.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : euh, je pense que je le vois avec moins d'autonomie. Il travaille en partenariat avec une écoute sur les orientations stratégiques. Un quadrinôme fort en RH et financière. Le sentiment d'appartenance à un pôle n'existe pas trop dans la tête du personnel.

Relance *:* Et comment vous le voyez dans le GHT ?

Réponse : aucune vision dans le GHT. La problématique du CHU est que rien ne se passe en dehors du CHU. On n'est pas le centre du monde dans un CHU. On est dans les filières de patients, dans le parcours patient.

.

ENT21

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : évolution au niveau des mentalités des personnels de santé, évolution de patients qui deviennent plus graves. Au niveau RH une évolution des professionnels paramédicaux avec un rapport au travail qui est modifié, un système de zapping qui fait qu'au bout de six mois les personnels ont envie de changer de service. Une évolution sur la place du privé dans le travail. Rapidité d'intégration dans le système, une précarisation du personnel aide-soignant, une situation financière difficile. Une tension sur les places : il faut attendre trois jours pour hospitaliser des patients en urgence. Le processus de direction est long. La crise Covid que l'hôpital a connu..*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : adaptation du management des nouvelles générations. Le système autoritaire ne marche plus. L'évolution managériale avec la souplesse. Il y a aussi les conséquences au niveau RH*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser vos pratiques ?

- *Réponse : la bienveillance, le temps. Le système évolue vite.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : urgence, les situations de crise*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: le pôle des spécialités médicales*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

.

- *Réponse:* *A la fois il m'aide pour une lecture très rapide. De l'autre ça m'empêche de prendre une distance. Je ne répondrai pas de façon tranchée. Les avantages une compréhension très rapide. Les inconvénients c'est des filtres dans le secteur qui nous empêche d'avoir une vision neutre.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : la transversalité cherche à compenser les manques.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : j'ai eu des formations à Paris sur le projet cadre, sur le management.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : très importante*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : du travail en plus, la motivation. Il faut être très motivé pour avancer. L'ambiance au travail. On vous dit qu'on va vous former, il faut mettre en place une telle organisation, on va vous former alors que la formation n'est pas encore faite.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : ça passe par la dynamique d'équipe, ça passe par la communication. C'est de l'accompagnement et de la bienveillance.*

.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : je pense qu'il n'en aura pas. Il va disparaître. L'institution ne le reconnaît pas. Je ne sais pas si demain il y en aura encore. Peut-être il sera fort des propositions dans l'organisation de l'hôpital de demain.

Relance *:* Et comment vous le voyez dans le GHT ?

Réponse : je ne vois pas sa place. Je vois en termes de formation et partage d'expérience.

ENT22

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : les évolutions des périmètres des pôles, les changements de la direction des soins, des ressources humaines jusqu'au changement de directeur de l'établissement.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : une gestion de périmètre plus large avec plus de responsabilités. Il y a également des changements avec un nouveau site de consultations avancées ou externes dont je m'occupe.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser vos pratiques ?

- *Réponse : c'est mon environnement professionnel. C'est à dire des partenaires de travail. Il y aussi la suppléance qu'on peut avoir. C'est à dire les aides. Le télétravail est facilitant aussi.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : les relations avec le supérieur sont hiérarchiques, les conditions d'exercice tout simplement.*

.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse:* *mon champ d'action est large. Il part des consultations externes à la gestion de services, du pôle en lui-même.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse:* *c'est intrinsèquement lié. Cette expérience me permet d'identifier certains partenaires et comment je dois travailler avec eux. Je sais les besoin d'un patient. Ça me sert au quotidien dans mon travail.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : pour moi la transversalité est une vision positive dans la mesure où ça élargie des compétences et nos connaissances. Je peux travailler avec les partenaires de villes, des kinés...*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : oui, j'ai fait une licence. Euh après j'ai fait des formations de gestion de pôle, des formations ponctuelles de management. Je n'ai pas eu de formation continue depuis que je suis à ce poste.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : c'est mon supérieur n+1 qui peut répondre à cette question. On est obligé de s'impliquer. On n'a pas le choix.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

.

- *Réponse : je dis toujours c'est par rapport aux collaborations qu'on peut avoir avec ses partenaires. Si les partenaires ne sont pas disponibles ou si on sent une incompréhension, ça pourrait l'entraver. Ce sont les relations avec ses collègues qui font qu'on se sent impliqué.*

Non, je n'ai pas eu d'injonctions paradoxales en tant cadre de pôle.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : je pense que c'est déjà donné un but à l'action qu'on va mener. C'est surtout aussi comment ça s'inscrit aussi dans une dynamique d'établissement. C'est essentiel pour eux de comprendre et quel est l'objectif de l'établissement.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : ils sont censés se tourner vers les réseaux de ville, de l'extérieur. Bien sûr en établissement et aussi avec des liens de plus en plus resserrés avec la ville.

ENT23

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : je pense que ce sont des restructurations liées à la nouvelle gouvernance. Tout est parti de là. Ces restructurations ont engendré les autres mutations comme la tarification à l'activité*

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

.

- *Réponse : il y a eu des modifications des périmètres d'actions, des pôles voire des regroupements au niveau des pôles.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : je m'occupe du pôle chirurgie et de la réanimation*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse : étant cadre de santé de proximité avant, je connais déjà les problématiques qui existent à ce niveau d'encadrement. Cela m'aide beaucoup dans la mise en musique des actions et projets.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : la transversalité pour moi c'est la collaboration entre pôles, entre services. Nous avons des projets qui peuvent concerner différents pôles. Pour cela nous devons travailler en collaboration entre les cadres de santé de pôles, avec la direction des soins.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : j'ai eu une formation de 3 jours qui concernait ma mise en fonction de cadre de pôle. En dehors de cette formation je n'en ai pas eu d'autre. Je pense que nous n'avons pas le temps car nous avons le nez dans le guidon.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : mon degré d'implication est total. Je ne compte pas mes heures. Je commence tôt et je termine souvent tard.*

.

.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : je me dois de leur apporter les tenants et les aboutissants de mes actions, des projets. J'organise des réunions au cours desquelles je passe à l'explication. Je suis dans la communication avec mes équipes.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : dessinez le cadre de santé de pôle ? Comment ça ?

Je pense que les cadres de pôle vont avoir demain de grosses responsabilités au niveau du pôle. Je crois qu'ils vont s'occuper des filières de soins.

ENT24

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : les grandes mutations ce sont des restructurations que l'hôpital a connues ces dernières années. On a vu des agences d'hospitalisation passer en agences sanitaires.*

À mon niveau ce sont ces restructurations qui apportent des modifications au sein de l'organisation hospitalière.

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier?

- *Réponse : ces changements ont induit des tensions, surtout au niveau économique et de la gestion des ressources humaines. Du coup on a vu nos demandes RH souvent rejetées.*

.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse :* *euh mon périmètre d'action, c'est la chirurgie-anesthésie.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse :* *mon expérience me permet d'avoir une vue d'ensemble. Il faut dire qu'avant j'étais infirmière en chirurgie. Tout cela aide. Je crois que si je n'avais pas fait chirurgie avant j'aurais eu certainement des difficultés. Après j'ai été cadre de santé de proximité, toujours en chirurgie. Je connaissais le terrain. Oui, cela a beaucoup contribué et contribue toujours dans ma façon de gérer le pôle.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : la transversalité pour moi c'est le partage des connaissances entre cadres de pôles. On travaille le projet d'établissement en transversalité. Oui c'est le partage.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : euh, il est prévu que je fasse une formation sur la gestion de pôle. Je n'en ai pas eu avant.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

Réponse : elle est plutôt importante. Je suis en gestion au quotidien des cadres de santé de proximité. Je les aide quand ils rencontrent des difficultés. On travaille beaucoup dans notre pôle et avec d'autres pôles voire avec la direction des soins.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : je dois m'approprier le projet. Ensuite je rentre dans la phase de communication et d'explications. Parfois, j'ai recours aux cadres de proximité pour être mes relais lorsque le projet concerne le service..*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : je pense qu'il sera surtout un gestionnaire économique et surtout dans les parcours de soins. Je crois que l'institution compte beaucoup sur les cadres de pôles pour la gestion et l'organisation des services, bien entendu avec les cadres de proximité.

ENT25

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : je pense que l'hôpital connaît depuis longtemps des grandes mutations. Il y a des restructurations liées à différentes reformes du genre de la réforme sur la modernisation du système hospitalier.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : beaucoup de changements, notamment au niveau des directions et des restrictions RH importantes. Il y a eu des réorganisations des équipes à tous les niveaux.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer vos conditions ?

- *Réponse : il me faut des moyens tant en RH qu'en matériel. Nous avons de plus en plus d'absentéisme. Et remplacer des personnes en arrêt maladie est forcément quelque chose de favorable pour l'encadrement.*

.

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- Réponse : *ne pas avoir ces éléments que je viens de citer : remplacement des personnes absentes. Autre chose, c'est la reconnaissance de la part de la direction.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse:* *mon périmètre d'action se situe au niveau des urgences.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse:* *La connaissance du terrain est primordiale. Moi je dirais que mon expérience à tous les postes m'a beaucoup aidée et m'aide encore, même si je n'exerce pas les mêmes fonctions.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : pour moi la transversalité c'est envisager des liens entre l'ensemble des équipes. C'est être le trait d'union.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : j'ai eu comme tous les cadres de pôle une formation à la prise de fonction. Elle a duré 3 jours. C'est tout.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : je suis totalement dans le management. J'encadre mon équipe. Mon est implication est à 100 %.*

- *Relance : Avez-vous eu des injonctions paradoxales ?*

.

- *Réponse : bien évidemment. C'est le quotidien du cadre. Cela ne permet pas la bonne marche des choses. On fait des « va-et-vient ». On dirait même que les gens qui nous dirigent sont perdus tellement qu'ils donnent des ordres et contre ordres.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : je travaille en collaboration. J'explique toujours par le biais des réunions. Je me dois de maintenir la communication au sein de mes équipes.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : je pense qu'il doit s'adapter aux organisations et surtout il doit se tenir informé de tout ce qui se passe dans son environnement.

ENT26

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : en interne les changements de direction.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : ces changements ont entraîné des changements de stratégie. Les méthodes de travail ont également changé. Il faut s'adapter.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer vos pratiques ?

- *Réponse : je pense que les conditions de travail doivent être de premier plan. Et ensuite répondre aux demandes de formation des personnels, bien sûr dans la limite des finances.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

.

- Réponse : *le manque de formation. Ne pas répondre aux besoins des personnels peut au bout d'un moment être un frein.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse:* *Urgences, imagerie et la pharmacie. C'est un bon périmètre.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse:* *c'est une expérience qui me sert toujours. C'est important de connaître ce que les agents font, leur travail. J'ai pris le temps de connaître, même les métiers d'imagerie comme la pharmacie. Je me suis mis. Le secteur des urgences ne me pose pas de problème car je suis issu de la filière. Dans tous les cas, je pense qu'il y a un lien. Je me réfère aux pratiques managériales que j'ai effectuées en tant que cadre de proximité.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : la transversalité se situe sur le plan des projets institutionnels. On doit se concerter et imaginer des solutions ensemble. C'est ce que j'appelle la transversalité.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : une formation de prise de poste, d'adaptation à l'emploi sur trois jours.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : je suis très investi dans mes fonctions. Même quand je suis absent mes équipes savent qu'elles peuvent me joindre.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

.

- *Réponse : je pense que le changement d'interlocuteur peut entraver. La bonne entente avec ses autres responsables de pôle permet de travailler en harmonie. Quant aux injonctions paradoxales c'est notre quotidien. Et c'est usant.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : j'essaie d'expliquer encore et encore jusqu'à ce que les équipes se l'approprient.. Rien ne vaut la communication.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : il sera incontournable. Il aura beaucoup à faire pourvu qu'on lui des moyens. Je le vois dans les filières de soins.

ENT27

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : je dirais la crise sanitaire, les restructurations qui ont limité nos moyens.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : un gros impact au niveau RH. On ne pouvait plus embaucher comme on le faisait avant. Heureusement la crise sanitaire est arrivée. Je ne sais pas si je peux dire ça. Mais ça a permis d'étoffer les équipes pour faire face au Covid.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer vos pratiques ?

- *Réponse : donner la possibilité des contrats à durée déterminée à devenir indéterminée. C'est justement la question de l'embauche et des conditions de travail.*

.

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : . J'ai répondu en quelque sorte à cette question. C'est le manque de personnel et les mauvaises conditions de travail.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: je m'occupe de médecine et de la chirurgie. C'est un périmètre assez costaud.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse: je ne peux pas dire que l'expérience du passé ne sert pas. La méthodologie du travail reste la même.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : ma vision de la transversalité est le travail en collaboration, surtout sur les actions qui concernent l'établissement. Je fais allusion au projet d'établissement.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : je pense que je suis bien engagé dans mon travail. C'est question pour ma hiérarchie ça.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : mon bureau est très restreint. Sans blague je dirais que c'est le temps. Il me manque du temps pour tout faire. Et les mauvaises langues disent que c'est parce que je m'organise mal.*

- Relance : est-ce que vous pouvez me parler des injonctions paradoxales de votre hiérarchie ?

.

- *Réponse : ah oui ! Souvent. C'est notre quotidien. On a l'impression de ne plus avoir de pilote dans l'avion. C'est une représentation, mais c'est vrai !*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : Euh, je commence par expliquer. Après je fais participer tout le monde. Chacun doit avoir sa tâche. Je suis dans du management participatif.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : je pense qu'il sera la personne qui va s'occuper de filière de soins. Il faut faire la distinction entre la filière qui est liée à l'individu et le parcours de soin lié à l'hôpital. Dans tous les cas, le cadre de pôle demain sera spécialisé dans l'un ou l'autre domaine. Je veux dire dans la filière de soins ou le parcours de soins. Il pourra aussi contribuer aux restructurations futures.

ENT28

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : il y a eu plusieurs réformes ces derniers temps. Ce que j'ai retenu c'est la tarification à l'acte et la modernisation de la santé qui a restructuré l'hôpital de fond en comble.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : c'est la réduction des personnels qui a été plus marquant. On peut ajouter les réductions budgétaires.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer vos pratiques ?

.

- *Réponse : avoir les ressources suffisantes pour pouvoir mener ses projets et du personnel adéquat.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- Réponse : *je dirais le manque de ressources et particulièrement les ressources humaines.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: je suis cadre de pôle médico-technique. Il regroupe l'imagerie, la pharmacie et le laboratoire.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse: Je pense qu'il y a toujours un lien entre son ancienne profession et l'actuelle, surtout dans le domaine de management. Quand on a été cadre de proximité, on a les mêmes réflexes managériaux et principalement le management participatif.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : la transversalité pour moi c'est de la coopération sur les actions qui impactent un grand nombre de domaines, un grand nombre de services. On a des actions qui peuvent concerner aussi bien les services administratifs que soignants.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : l'établissement a envoyé tous les cadres de pôle qui venaient d'être nommés en formation pour la prise de fonction. Je crois qu'on avait fait trois jours de formation. Il n'y en a pas eu d'autres.*

.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : mon implication est totale, même quand je ne suis pas présent dans le service.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : le manque de reconnaissance de la part de la direction et aussi l'ingratitude de certains personnels. Cela peut me décourager. Les injonctions paradoxales, vous savez que c'est notre quotidien. On arrive à prendre une voie claire. Des injonctions entre l'ARS et la direction de l'hôpital qui se contredisent souvent. C'est démoralisant.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : j'organise des réunions. Je communique avec l'ensemble des équipes. C'est tout.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : j'ai du mal à le situer dans l'avenir parce que je pense que les cadres de pôle n'existeront plus. Mais s'ils doivent exister, je les vois dans l'organisation des parcourt de patients.

ENT29

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : si je parle du moment, je dirais que c'est plutôt la crise sanitaire. On a dû modifier nos organisations. Plus en amont, je parlerais plus de la réforme de la modernisation de la santé qui a apporté plusieurs restructurations au niveau architectural que soignant.*

.

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : des économies dans tous les sens. Mais la crise sanitaire a changé les priorités. On était obligé de recruter pour faire face.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer vos pratiques ?

- *Réponse : avoir des ressources et les conditions de travail. Les syndicats font remonter ces aspect à la direction, mais ça ne bouge pas.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : c'est ça le manque de ressources humaines et de plateau technique. Il nous faut un bon plateau technique parce qu'on couvre un grand territoire.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: je suis cadre de pôle de la médecine et de la chirurgie.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse: je suis de la filière infirmière de formation. Cela m'a beaucoup aidé parce que je sais ce dont il est question. Le fait d'avoir été cadre de santé de proximité m'aide encore plus, notamment dans le management des équipes. Oui cette expérience est utile. Je ne dis pas que celui qui n'a pas cette expérience ne peut pas encadrer. Mais il lui faudra mettre du temps pour comprendre.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : c'est participer aux actions transversales. C'est à dire des autres secteurs que le tien. Réfléchir sur les problématiques et trouver des solutions.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

.

- *Réponse : c'est la formation que l'établissement offre aux nouveaux cadres de pôles. J'en ai eue. En tant que vieux cadre j'ai usé du benchmarking, parfois à mon initiative*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : mon implication, je dirais majeure. Je passe avec mes collègues beaucoup de temps à l'hôpital. La direction nous sollicite énormément.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : les moyens. On ne peut attendre autre chose de l'hôpital.*

- Relance : est-ce que vous pouvez me parler des injonctions paradoxales de votre hiérarchie ?

- *Réponse : tout le temps. Je ne connais pas un cadre qui n'ait jamais connu des injonctions paradoxales. C'est vraiment fatiguant.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : je m'approprie du projet. Je communique autour du projet, avec la participation des cadres de proximité. On établit un rétroplanning.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : il aura un rôle transversal. C'est ce qu'il fait maintenant. Je pense que cela va s'accroître avec l'élargissement des périmètres. Pourquoi ne pas penser qu'il va s'atteler aux filières de soins ?

ENT30

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : pour moi, c'est la crise sanitaire qui a poussé les établissements à revoir leurs organisations. En dehors de ça c'est mise en place des pôles qui a occasionné différentes restructurations.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : la crise sanitaire a beaucoup marqué les personnels. On a changé des organisations jusqu'à doubler sur certains postes. Elle nous a permis de revoir nos savoirs faire.*

La mise en place des pôles reste un champ à travailler. La délégation au niveau des pôles n'est pas effective. Pour pallier, on met des organisations je dirais bancales en place.

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser vos pratiques ?

- *Réponse : pour améliorer les pratiques, il faut absolument changer de plateau technique en imagerie. On a certaines salles qui ne sont plus fonctionnelles légalement et qu'on continue à utiliser. En tout cas il faut améliorer les conditions de travail.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : les conditions de travail défavorables. Il y en a d'autres mais celles que je veux pointer ce sont les conditions de travail.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: Je suis cadre de santé de pôle qui couvre toute l'imagerie, partant de l'imagerie conventionnelle, l'imagerie de coupe, la médecine nucléaire.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

.

- *Réponse:* *quand on est cadre de pôle d'imagerie, il est conseillé de venir plutôt de cette filière de profession. Il faut la connaissance du matériel, la maîtrise des organisations. C'est tout à fait normal qu'il existe un lien entre mon ancienne profession et celle que j'exerce aujourd'hui en ma qualité de cadre supérieur de santé de pôle. J'ai exercé la fonction de cadre de santé de proximité ici. Je connais bien les organisations. En devenant cadre supérieur de pôle, cela m'a semblé une évidence.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : l'imagerie est forcément transversale. Tout le monde qui passe à l'hôpital passe à un moment ou un autre par l'imagerie. C'est un carrefour, à la croisée des chemins. On travaille avec les services de l'établissement sur les protocoles de prise en charge, sur les problématiques de fléchage des parcours patients.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : j'ai eu une fois la formation sur le pilotage d'un service d'imagerie. Cette formation concernait à la fois la gestion des secrétariats mais aussi les postes de manipulateurs. Comment optimiser ces différents postes de travail.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : j'ai un grand pôle que je manage. Forcément mon implication est grande sinon ça ne sert à rien d'être cadre de ce pôle. C'est une fonction qui nécessite l'investissement personnel.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse les moyens économiques et financiers pour faire face à l'absentéisme. Le manque de ces deux moyens peut constituer un frein.*

.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : je présente le projet. Je laisse les agents s'exprimer. Je m'assure de l'appropriation du projet par les équipes. Je trace la conduite à tenir, un rétroplanning. Voilà, c'est important de privilégier la communication dans ces moments.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : je pense qu'il sera incontournable. Il sera pour la direction ce que l'interne est pour son senior. Il sera l'homme à tout faire, que ce soit en interne ou en à l'extérieur. Il s'occupera entre autres des filières, des parcours patients. Mais ça sera difficile pour lui si on ne lui donne pas les moyens pour être plus autonome.

.

ANNEXE3 : ANALYSE PAR LE LOGICIEL SPHINX iQ3

Quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

Les mots de chaque classe

Les freins aux changements (24%)	Les changements liés aux éléments extérieurs (22%)	Les changements liés à la création des pôles (26%)	Les changements hiérarchiques (28%)
22 réponses	*20 réponses*	*23 réponses*	*25 réponses*
frein *(n = 6)*	hôpital *(n = 9)*	pôle *(n = 18)*	cadre *(n = 11)*
condition de travail *(n = 6)*	projet *(n = 7)*	organisation *(n = 10)*	pôle *(n = 11)*
formation *(n = 5)*	travail *(n = 6)*	mutation *(n = 7)*	direction *(n = 11)*
peur *(n = 4)*	organisation *(n = 6)*	restructuration *(n = 7)*	management *(n = 8)*
relation *(n = 4)*	moyen *(n = 4)*	changement *(n = 7)*	changement *(n = 8)*
travail *(n = 4)*	territoire *(n = 5)*	restriction *(n = 7)*	mutation *(n = 7)*
personnel *(n = 4)*	professionnel *(n = 3)*	crise sanitaire *(n = 6)*	agent *(n = 6)*
encadrement *(n = 3)*	financier *(n = 4)*	établissement *(n = 5)*	niveau *(n = 6)*
direction *(n = 3)*	réforme *(n = 4)*	nouveau *(n = 4)*	directeur *(n = 6)*
ressource *(n = 3)*	imagerie *(n = 4)*	économique *(n = 4)*	de la direction *(n = 5)*
personne *(n = 3)*	équipe *(n = 3)*	activité *(n = 4)*	gestion *(n = 5)*
question *(n = 3)*	différent *(n = 3)*	poste *(n = 3)*	établissement *(n = 5)*
	institutionnel *(n = 3)*	lit *(n = 3)*	équipe *(n = 4)*
	coopération *(n = 3)*	ambulatoire *(n = 3)*	nouveau *(n = 4)*
	hospitalier *(n = 3)*	prise en charge *(n = 3)*	gouvernance *(n = 4)*
	grand *(n = 3)*	demande *(n = 3)*	administratif *(n = 4)*
	restructuration *(n = 3)*	périmètre *(n = 3)*	communication *(n = 4)*
			qualité *(n = 4)*
			coup *(n = 4)*
			gros *(n = 3)*
			important *(n = 3)*
			fonction *(n = 3)*
			biomédical *(n = 3)*
			évolution *(n = 3)*
			décision *(n = 3)*
			soin *(n = 3)*

Quel est le périmètre de votre action ?

Les mots de chaque classe

Encadrement (27%)	Expérience métier (33%)	Médical / soin (15%)	Organisation non médicale (25%)
14 réponses	*17 réponses*	*8 réponses*	*13 réponses*
cadre *(n = 13)*	métier *(n = 13)*	périmètre *(n = 6)*	pôle *(n = 19)*
proximité *(n = 11)*	cadre *(n = 11)*		service *(n = 6)*
expérience *(n = 8)*	imagerie *(n = 11)*		projet *(n = 5)*
cadre de santé *(n = 6)*	expérience *(n = 10)*		direction *(n = 4)*
projet *(n = 6)*	terrain *(n = 8)*		terme *(n = 3)*
gestion *(n = 5)*	connaissance *(n = 7)*		organisation *(n = 3)*
équipe *(n = 4)*	infirmier *(n = 5)*		activité *(n = 3)*
formation *(n = 4)*	pharmacie *(n = 4)*		soin *(n = 3)*
fait *(n = 4)*	médico-technique *(n = 3)*		structure *(n = 3)*
travail *(n = 4)*	adaptation *(n = 3)*		
infirmier *(n = 3)*	domaine *(n = 3)*		
terrain *(n = 3)*	urgence *(n = 3)*		
terme *(n = 3)*	cadre de santé *(n = 3)*		

Quelle est votre vision de la transversalité ?

Les mots de chaque classe

Formation transversale des agents (29%)	Mise en place de projets transversaux (27%)	Vision d'ensemble (24%)	Coopération entre services (20%)
12 réponses	*11 réponses*	*10 réponses*	*8 réponses*
transversal *(n = 5)*	transversalité *(n = 9)*	pôle *(n = 14)*	transversalité *(n = 12)*
management *(n = 4)*	service *(n = 7)*	service *(n = 7)*	ensemble *(n = 6)*
problématique *(n = 4)*	projet *(n = 7)*	vision *(n = 6)*	important *(n = 5)*
imagerie *(n = 4)*	action *(n = 7)*	cadre *(n = 6)*	vision *(n = 5)*
chose *(n = 4)*	pôle *(n = 5)*	institution *(n = 6)*	coopération *(n = 4)*
place *(n = 3)*	collaboration *(n = 3)*	imagerie *(n = 6)*	à l'affût *(n = 3)*
hôpital *(n = 3)*		transversal *(n = 4)*	besoin *(n = 3)*
		partage *(n = 3)*	organisation *(n = 3)*
		qualité *(n = 3)*	forcement *(n = 3)*
			cadre *(n = 3)*
			parcours *(n = 3)*
			malade *(n = 3)*

.

Quel est votre degré d'implication dans les actions quotidiennes ?

Les mots de chaque classe

Une implication pour soutenir les équipes (31%)	Une implication totale (31%)	Des freins à l'implication (19%)	Une implication liée à la satisfaction des patients (19%)
8 réponses	*8 réponses*	*5 réponses*	*5 réponses*
équipe *(n = 6)*	cadre *(n = 8)*	chose *(n = 8)*	patient *(n = 4)*
gestion *(n = 5)*	implication *(n = 5)*	projet *(n = 4)*	satisfait *(n = 4)*
temps *(n = 3)*	heure *(n = 5)*	jour *(n = 4)*	total *(n = 3)*
pôle *(n = 3)*	pôle *(n = 4)*		temps *(n = 3)*
quotidien *(n = 3)*			professionnel *(n = 3)*

Comment faites-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

Les mots de chaque classe

La communication (40%)	Appule sur des personnes ressources (20%)	Travail avec les cadres et les équipes (40%)
10 réponses	*5 réponses*	*10 réponses*
réunion *(n = 6)*	projet *(n = 7)*	cadre *(n = 11)*
communication *(n = 6)*		équipe *(n = 9)*
équipe *(n = 5)*		explication *(n = 3)*
service *(n = 3)*		

Pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Les mots de chaque classe

Une vision par filière (36%)	Le cadre de pôle comme gestionnaire (39%)	Le cadre de pôle comme lien vers l'extérieur (25%)
13 réponses	*14 réponses*	*9 réponses*
filière *(n = 16)*	pôle *(n = 12)*	établissement *(n = 15)*
soin *(n = 11)*	demain *(n = 6)*	cadre *(n = 10)*
hôpital *(n = 5)*	organisation *(n = 5)*	territoire *(n = 5)*
parcours *(n = 5)*	gestionnaire *(n = 3)*	extérieur *(n = 3)*
proximité *(n = 3)*		ouverture *(n = 3)*
		ville *(n = 3)*

.

ANNEXE4 : RESULTATS ET ANALYSE MANUELLE DE CONTENU

Mise en place des codes, catégories et commentaires

Codes	Catégories (significations)	Commentaires
RES001	Restructurations	Mutations environnementales
CM002	Conséquences des mutations	Effets sur organisation
CS003	Crise sanitaire	Mutation interne à l'hôpital
PA004	Périmètre d'action	Stratégie et expertise soignante
EX-P005	Expérience professionnelle	Connaissances acquises utiles
TCOOCO006	Transversalité : coopération, collaboration	Rôle pivot du cadre de pôle
FR007	Freins	Entraves aux actions
CER008	Communiquer, expliquer, réunion	Donner du sens
FS-PS009	Filières de soins et parcours de soins	L'avenir du cadre de pôle
IM010	Implication	Facteurs de motivation
FOR011	Formation	Le niveau de qualification
CFP012	Conditions favorables aux pratiques	L'évolution des pratiques

.

RES001-Restructurations

CM002- conséquences des mutations

CS003- Crise sanitaire

PA004-périmètre d'action

EX-P005-Expérience

TCOOCO006-Transversalité : coopération, collaboration

FR007-Freins

CER008-Communiquer, expliquer, réunion

FS-PS009-Filières de soins, parcours de soins

IM010-Implication

FOR011-Formation

CFP012-Conditions favorables aux pratiques

ENT1

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : ce qui a changé au niveau de l'environnement hospitalier, je pense que les responsables de pôle sont bien évidemment c'était le but de la nouvelle gouvernance, davantage euh sollicités pour des questions d'organisation du pôle par la direction.*

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

- *Réponse : les changements induits ? Alors euh oui je pense que ça une incidence comme les responsables de pôles sont directement concernés, euh effectivement ils ont mis un regard sur l'activité puisque euh on leur demandait aussi d'expliquer, d'argumenter quand euh que ce soit sur l'activité des services ou sur la mise en place du développement de nouvelles activités médicales de prise en charge. Donc effectivement ils ont eu un regard qui était un regard à la fois plus qualitatif, quantitatif, je pense en tout cas au niveau du pole, en termes de gestionnaire et euh et effectivement c'est quelque chose euh qu'ils ont euh aussi transmis je dirais aux différents chefs de service. Au niveau du pôle nous avions des réunions mensuelles, des bureaux de pôles où il y a tous les responsables de services : le chef de pôle et l'ensemble de l'encadrement supérieur et de proximité une fois par mois tous les mois. Donc ces bureaux de pôles permettent de communiquer et euh effectivement les chefs de pôles et donc et c'est aussi transmettre aux chefs de services qui sont beaucoup directement concernés par les activités. Ça ne va dire qu'ils ont complètement la main sur tout, qu'ils ont complètement toutes les décisions. Mais en tout cas, oui ils sont davantage concernés du point de vue gestionnaire. Donc en termes de quantitatif et de qualitatif.*

.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse :* *euh le périmètre d'action euh la délégation au chef de pôle est relativement importante. Ça ne va pas jusqu'à la délégation financière pour l'instant. Ce n'est pas mis en place. Mais en tout cas il y a des contrats de pôle qui sont euh élaborés pour quatre ans qui sont renouvelés ou sont décrits de manière contractuelle. Tout ce qui est attendu de la part des pôles et tout ce qui est proposé par l'ensemble des chefs de pôles. Ces contrats de pôles, ils sont signés entre la direction et les chefs de pôles, en sachant que le contrat de pôle dans lequel est inclus le projet de pôle qui doit aussi s'inscrire dans le projet d'établissement, il est issu, ce projet de pôle, de l'ensemble des services.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse :* *je suis infirmière. Après j'ai fait l'école des cadres. J'ai été cadre de proximité et après cadre supérieure et après cadre supérieur déléguée de pôle. Mon parcours professionnel par rapport à l'encadrement supérieur euh après je pense que c'est cette expérience, elle permet d'apporter déjà la connaissance du terrain. Même si ça évolue mais quand on a été infirmière puis cadre de proximité avant d'être cadre supérieur, je pense que ça permet d'avoir une connaissance de ce qu'a vraiment été le terrain. Et de ne pas avoir un retard trop extérieur au terrain tout en même temps avec l'évolution quand-même d'un cadre supérieur d'avoir du recul sur la proximité. Donc que ça soit au niveau des ressources humaines qu'au niveau des compétences à mobiliser sur un secteur ou sur l'autre, d'accompagner l'encadrement de proximité dans la gestion, par exemple des compétences, des organisations, etc… Voilà c'est l'expérience de terrain.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse :* *euh la transversalité euh alors moi au niveau du pôle femme enfant c'est vrai qu'on a deux cadres supérieurs. Il faut qu'on arrive à collaborer de manière importante.*

.

Et la transversalité ça permet euh la vision que j'en ai c'est de pouvoir accompagner justement les autres en étant, en restant dans une certaine objectivité et en, comment dire, en ayant le même regard d'intérêt pour chacun. C'est-à-dire ne pas prioriser une situation par rapport à l'autre. Donc plus d'objectivité peut-être et d'accompagnement et de collaboration. Et la communication dans la transversalité est extrêmement importante.

→Relance : quelle est votre place ?

- *Réponse : euh pour le moment euh je suis sur les missions d'encadrement supérieur. Je chapeaute donc je ne me sens pas en mission transversale. J'ai une mission transversale sur autre chose. Mais euh ma place au niveau de la transversalité je chapeaute c'est quand-même très hiérarchisé. Euh donc euh que je passe d'un de mes services à l'autre c'est ça qu'on peut appeler peut-être de transversalité. Moi mon intérêt quand-même c'est qu'on est très peu avoir une certaine expertise dans l'établissement. Donc l'intérêt en fait est qu'il y ait une collaboration complète entre différents secteurs, notamment en termes de partage de compétences des paramédicaux, des ressources humaines paramédicales et euh comment dire, et euh de collaboration entre différents services. Et mon regard à moi c'est aussi de permettre en termes de transversalité ou de je dirais pour chapeauter c'est d'accompagner l'encadrement de proximité vers une certaine autonomie aussi.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : oui euh bon j'ai participé au niveau de l'établissement le service de formation est très actif. Au niveau de notre établissement on a des propositions de formations euh institutionnelles euh qui sont en lien pas uniquement avec le management. Mais qui sont en lien aussi avec l'évolution de la gouvernance, de l'établissement. Euh voilà ! Donc moi j'avais tout au début une formation euh un accompagnement on avait eu par l'ANAP pour l'encadrement de, pour les cadres délégués de pôles, euh il y a déjà plus d'une dizaine d'année. Et puis après ce sont des, comment dire des formations, de groupes de travail aussi qui sont institutionnels mis en place par la direction des soins pour accompagner dans le cadre du projet de soins.*

.

Et après ce sont des formations ponctuelles comme par exemples qui peuvent être proposées par différents organismes dont la NFH comme par exemple le management participatif, enfin voilà, des actions ponctuelles de ce type-là.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- Réponse : oui, alors bon au niveau de l'encadrement euh on est, enfin le degré d'implication je dirais qu'il est total dans la mesure où effectivement on a une direction des soins qui est très ouverte et très à l'écoute de l'encadrement supérieur et l'encadrement de proximité, où il y a énormément de communication. Euh on est vraiment considéré comme des collaborateurs. Euh avec donc des réunions très régulières aussi au niveau de l'encadrement supérieur et la direction des soins et de nombreux échanges. Donc ça fait très fluide et très souple. Je pense que nous permet effectivement de trouver une place. Après au niveau moi de cadre délégué de pôle j'ai des facilités de communication avec le chef de pôle. Donc ce n'est pas un problème, avec l'assistance de gestion qu'on rencontre de manière ponctuelle ou quand c'est nécessaire.

Euh et je me sens au niveau du pôle, euh, assez euh libre je dirais entre guillemet de proposer en tout cas au niveau des ressources humaines paramédicales, de proposer des actions au chef de pôle et la direction des soins.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- Réponse : en actions quotidiennes donc moi les équipes euh je suis de manière très régulière quotidienne en relation avec l'encadrement de proximité. Euh je passe régulièrement dans les services euh pour effectivement rencontrer les équipes de façon tout à fait informelle. Après pour les faire adhérer je pense qu'il faut garder en tête les équipes et les professionnels de terrain ont quand-même une bonne expertise.

.

Moi je suis plutôt là-dedans, une bonne connaissance de ce qu'elles font et qu'effectivement aux actions quotidiennes c'est d'abord communiquer beaucoup. C'est-à-dire qu'ils sont, ils savent tout à fait enfin ils sont tout à fait à même de comprendre ce que l'on leur propose ou pas hein. Ils sont des professionnels. Ce ne sont pas des gens lambda.

Et donc ça demande beaucoup de communication. Pour les adhésions aux projets de service, c'est vrai que souvent ce sont des réunions des services où les choses sont expliquées et détaillées. On essaie de rester assez disponible quand elles le demandent à nous voir pour des questions qu'elles n'ont pas bien maîtrisées ou autres. Donc je crois qu'il y a beaucoup de communication. Il y a des choses, on les écoute aussi. C'est-à-dire on leur demande ce qu'elles en pensent et quelle perception elles peuvent en avoir. Et après, effectivement il faut que pour elles ça y est du sens ! On leur dit effectivement dans les projets de service et dans les projets de pôle, c'est communiquer et leur expliquer et écouter ce qu'elles peuvent en percevoir ou pas. Et essayer de donner du sens à ce que l'on leur propose pour qu'elles se retrouvent et qu'elles retrouvent du sens au travail et à leur action quotidienne. Et puis je crois ce qui roule c'est toujours quand-même on est là pour le patient. Et je crois qu'elles sont encore toutes là pour le patient.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : dessinez le cadre de santé de pôle ? Comment ça ?

→Relance : Comment voyez-vous l'avenir du cadre de santé de pôle ?

Réponse : Ah oui. Le cadre de pôle aura une place importante dans la gouvernance de l'hôpital. Euh il faut savoir qu'il y a maintenant des GHT. C'est ça qui va donner plus de place au cadre de pôle dans la mise en place des groupements hospitaliers de territoires, surtout les cadres qui sont au niveau des hôpitaux supports. C'est ce que je pense l'instant. Ils vont s'occuper de filières des soins au niveau des GHT, etc.

ENT2

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : Alors qu'est-ce qu'on entend par mutation ? Les restructurations, tout ça ? Ce sont des mutations liées à la performance du poste.*

Et donc nous invite à restructurer le pôle, en réduisant nos DMS (durée moyenne de séjour, de réduire nos lits, développer l'ambulatoire. Voilà, on est sur cette mutation-là, le développement de l'ambulatoire au détriment de lit d'hospitalisation complète.

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier

- *Réponse : ces changements induisent euh beaucoup de tension par le fait d'un corps médical qui n'a pas vraiment la fibre économique. Il ne comprend pas la composante économique dans la gestion de leurs patients. Ça crée des tensions médicales au sein du pôle.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : euh mon périmètre d'action, c'est euh comment dire, c'est coordonner, c'est la coordination des différents projets. C'est d'accompagner les directives institutionnelles au sein du pôle et d'être fort des propositions en termes d'optimisation des organisations et d'activité. Il y a toute la gestion des ressources humaines en parallèle.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse : Oui. Parce que l'expérience de terrain, soignant de terrain me permet d'avoir une vue, on va dire euh concrète et pragmatique, réelle, même si euh on n'est pas obligé d'être issu du métier d'infirmier pour comprendre le métier infirmier. C'est net. Moi j'ai eu l'expérience inverse où j'ai gérer le pôle médico-technique. Donc les manip-radios, les préparateurs en pharmacie, ce n'était pas du tout mon cœur de métier. Euh j'y suis parvenue.*

.

Mais ça nécessite un temps d'adaptation, de connaissance du métier. Voilà ! C'est plus facile quand tu es issu du métier. Ça ne veut pas dire que ce n'est pas faisable, mais c'est plus facile.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : euh ma vision de la transversalité, euh, comment dire ? Pour moi la transversalité quand tu gères un pôle, elle est indispensable parce que, euh, même si on est organisé en pôles il faut qu'on travaille entre pôles avec la direction. Donc il n'y a pas de, pour moi c'est un lien social. Quand tu es cadre de pôle, c'est forcément en transversalité. Tu ne peux pas, et puis ça peut-être aussi complexe parce qu'il faut qu'on partage tous la même vision justement transversale parce qu'on travaille pour une institution et non pour un pôle. Parfois ça peut être compliqué.*

→Relance : compliqué pourquoi ?

- *Réponse : si on ne partage tout cette même vision, c'est-à-dire qu'on travaille pour une même institution et non pour mon pôle, euh il y a des interactions qui peuvent mal se faire. Comment dire ? Euh si euh l'entraide entre pôle, euh les projets communs, euh si on n'est pas dans la même ligne directrice, à savoir on travaille tous ensemble, donc c'est peut-être au détriment de mon pôle mais c'est dans l'intérêt de l'institution. Voilà, quand tu as une vision purement polaire, je regarde que mon pôle, l'intérêt de mon pôle, ces projets transverses ça va finir mal. Ce n'est pas dans l'intérêt de l'institution. S'il n'y a pas cette dynamique, il y a parfois des concurrences entre pôles quoi.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- Réponse : *euh, j'ai fait des formations plutôt des formations en fonction des projets que j'allais mettre en place. Pas spécifiquement la gestion des pôles. Cette année, normalement j'ai une formation sur la gestion de pôle. Sinon la formation que je fais c'est au regard des projets que je vais mettre en place sur le pôle.*

.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : alors comment tu veux que je te l'exprime ?*

Relance : comme vous voulez.

Réponse : mon degré d'implication euh elle plutôt importante. Je gère au quotidien quand-même, je suis quand-même pas mal dans la gestion quotidienne des cadres de santé de proximité, quand elles sont en difficulté, la gestion du personnel. Je gère avec elles quand elles sont en difficulté sur le terrain.

On a un directeur qui a tendance à changer de feuille de route rapidement avant qu'on ait mis quoi que ce soit. On commence une réflexion et il a une autre idée puis on part sur une autre etc… ça c'est un frein le fait de ne pas savoir une feuille de route claire définitive, ça peut être un frein parce que ça empêche d'avancer concrètement sur les projets. On l'impression quand on a un projet, puis on le met de côté, puis on travaille un autre. Ne jamais aller au bout d'un projet. L'important c'est de la feuille de route de notre directeur général.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : comment je fais ? Euh déjà moi, il faut que je sois convaincue. C'est une première chose. Quand je ne le suis pas c'est plus difficile de convaincre les autres. Et puis quand je me suis appropriée, même quand je ne suis pas franchement d'accord avec une décision institutionnelle, euh je vais me l'approprier de toutes les façons. Du coup, je rencontre les équipes, d'abord les cadres. Et je donne les arguments, au fait, je donne de l'existence au projet, de comprendre le sens, je crois que c'est le premier point. Donc si les cadres et les équipes n'ont pas compris le sens du projet qu'on veut mettre en œuvre, c'est difficile d'accepter. Donc j'essaie de mettre du sens, d'expliquer un peu la réalité de terrain, surtout la composante économique. Je sais qu'on va faire tel projet.*

.

Et puis de fois c'est la logique soignante, l'optimisation des prises en charge où là c'est plus facile de faire accepter, euh quand on parle de prise en charge de patients etc…Quand c'est le volet économique c'est plus compliqué.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : *définir la cadre de de pôle de demain ? Le cadre de pôle de demain je pense qu'il sera surtout un gestionnaire économique.*

→Relance : pourquoi ?

Réponse : *parce qu'aujourd'hui on est de plus en plus, on mat en avant la gestion médico-économique avant l'optimisation des soins, ça va souvent avec mais avant on mettait la prise en charge sur l'optimisation de la qualité de prise en charge du patient au centre et en fait l'organisation autour de ça. Aujourd'hui on inclut la composante économique dedans. Et elle va être prioritaire sans dégrader forcément la qualité des prises en charge. On va surtout regarder, lorsqu'on va mettre les projets en place, est-ce que ça va rapporter ? Est-ce qu'on fait des économies ? On est plus sur les versants financiers quand-même !*

Relance : et la place du cadre de pôle demain dans le GHT ?

Réponse : *dans le GHT, les cadres de pôles devront gérer, outre le volet économique, je pense que le cadre de pôle devrait travailler sur les parcours de soins sur les territoires, cordonner tel ou tel établissement, gérer, les AVC, de la traumatologie, des filières de soins par territoire.*

.

ENT3

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse :* *Alors avec la mise en place des GHT, c'est ce qu'on entend partout : les réductions budgétaires, les réductions des ressources humaines, les contraintes budgétaires de plus en plus serrées.* *Ce sont les grandes lignes de mutations en ce moment de tous les centres hospitaliers.* *Et puis il y a la crise sanitaire qu'on ne pointe pas trop.*

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier

- *Réponse : alors, dans ma fonction, oui ça a du changement un peu plus d'ouverture sur l'extérieur du GHT, des réflexions, disons, territoriales de la prise en charge. Après, euh en interne on a été relativement protégés dans notre établissement. On a quand-même eu des restrictions budgétaires, pas aussi draconiennes qu'ailleurs. Au niveau des ressources humaines, il y a eu des restrictions aussi sur l'établissement. Sur mon pôle, pas trop, puisque c'est un peu le pôle phare de l'établissement. Disons que la direction l'a protégée un peu quoi.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse* *mon périmètre d'action en interne j'ai deux services : le SSR et le service de réadaptation fonctionnelle et le service des soins associés au pôle.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse :* *ah oui,* *moi oui parce que moi mon parcours j'ai fait tous les étages de la fonction publique hospitalière à partir de l'ASH, aide-soignant, infirmier, cadre de santé de proximité, cadre de santé supérieur de pôle. Donc moi, j'ai une très bonne vision de terrain. Avant quand j'étais cadre de proximité, ma façon de voir les choses ça été très utile et constructeur.*

.

Dans mes principes et dans mes valeurs, dans ma façon d'agir avec les équipes, je pars du principe que ceux qui savent ce qu'il faut faire, c'est ceux qui font justement. Donc je suis dans le, donner le pouvoir d'agir. Je leur donne un périmètre et je les laisse agir quoi. J'abandonne mon pouvoir à l'équipe quoi en surveillant bien sûr ce qui se passe.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : en tant que cadre sup. on est tous en missions transversales. La transversalité dans un établissement c'est indispensable. Il faut savoir utiliser les compétences qui se trouvent quelque part dans un établissement euh pour les diffuser à l'ensemble de l'établissement. Par exemple si dans un service il y a quelqu'un qui a DU Plaies et cicatrisations, c'est bête de le laisser utiliser que le service que la personne se trouve quoi. Donc moi ce que je fais dans mes unités c'est que ces personnes qui ont des compétences particulières, je leur demande de monter une formation interne pour que leurs compétences soient bénéfique à l'ensemble de l'établissement. Sur tous les sujets il faut faire à la fois de l'intra et de l'extra.*

→Relance : quelle est votre place dans cette transversalité ?

- *Réponse : moi ma place, elle est plutôt organisationnelle : trouver des plages horaires, monter des schémas de formations et puis il y a des relations avec les autres cadres.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : moi oui, plus sur le plan administratif, notamment sur les GHT, sur les nouvelles méthodes d'achats.*

→Relance : et sur le management ?

Réponse : sur le management, non. Je me sers sur Internet tout seul. Je regarde des idées qu'il y avoir ailleurs, avec mes collègues de promotion. C'est surtout du partage d'expérience que de formation. Non, je n'ai pas eu de formation sur le management.

.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : par exemple monter tout un projet de télémédecine. C'est moi le maître de projet quoi, parfois sur des actions avec la médecine de ville.*

→Relance : y-a-t-il quelque chose qui viendrait entraver ces actions ?

Réponse : entraver ? Alors au départ, euh la mission qui pourrait y avoir vis-à-vis deux choses sur ce projet en particulier : la première chose c'est par rapport à la médecine à distance, la deuxième chose c'est la méfiance des soignants de ville vis-à-vis de l'hôpital et inversement. C'est-à-dire le manque d'habitude de travailler ensemble. Ça été un frein au départ. Il a fallu lever tout un tas d'images négatives qui pouvaient régner d'un côté comme de l'autre avant de pouvoir commencer de mettre en place le projet.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : moi je présente, par exemple pour la télémédecine, je présente le projet à priori à des gens intéressés et puis on a été en formation ensemble. Voilà, ceux qui étaient intéressés. Après ça fait tache d'huile, celles qui reviennent de formation d'ailleurs en parlent aux autres, leur expliquent, enlever les barrières finalement. Et puis l'implication, elle avance toute seule finalement.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : les cadres de demain, les cadres en général ils seront soit les cadres de services, soit les cadres de pôle. Ils seront des vitrines de l'établissement sur l'extérieur. Pour faire tomber les barrières entre les différents types d'exercices. Pour qu'on parle plus de territoires. L'avenir des cadres c'est l'ouverture sur l'extérieur.

→Relance : et dans le GHT ?

Réponse : les GHT seront sur tous les étages comme les autres professions.

.

ENT4

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe?

- *Réponse :* *dans les évolutions euh il y a beaucoup plus de travail ville-hôpital, donc beaucoup plus de lien avec l'extérieur auparavant. Donc plus d'hospitalisation de longue durée ambulatoire C'est une population beaucoup plus de populations nomades. Il y a moins de contrat à durée plus longue. Ça bouge beaucoup dans les équipes aussi.*

On a pas mal des problématiques au niveau des contraintes socio-économiques assez marquées, toujours dans la gestion de l'absentéisme. Je crois qu'il y a en plus cette crise sanitaire que nous vivons actuellement.

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier

- *Réponse : en fonction des différentes mutations, ce qui est sûr c'est que je passe plus de temps au niveau de l'absentéisme. Je passe énormément du temps sur des projets et sur le RH. C'est vrai que ça partie de mon travail, beaucoup de recherche d'effectif, sur le recrutement des soignants et en termes de formations, de compétences. Sinon sur les autres mutations ça nous a obligés à travailler sur d'autres secteurs d'activité, à développer des secteurs d'activité comme l'HAD pour répondre aux besoins extérieurs, l'hôpital de jour un secteur qu'on développe et en plus à l'extérieur. Je pense aussi aux équipes mobiles qui étaient avant en intra vont travailler de plus en plus à l'extérieur aussi ; elles vont aussi dans les EHPAD, 0 LA prison, ça oblige à revoir notre activité de façon différente.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : le périmètre de mon action, moi je travaille avec le chef de pôle. Sur les situations d'activité, on travaille justement sur des projets institutionnels, à développer des activités, on propose nos projets à la direction pour validation.*

.

On travaille aussi sur les contrats de pôle. Pour les recrutements dans le pôle c'est moi qui gère en validation avec la direction des soins. Je suis aussi un recours en termes de solutions aux équipes.

→Relance : quel rapport existe-il entre vos anciennes professions et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse :* *oui. Moi je dirais que oui. J'entends tout, depuis l'école d'infirmières. Par exemple on parlait de l'hôpital de jour tout à l'heure, j'ai travaillé à l'hôpital de jour donc je sais comment ça fonctionne. Quand on échange avec des infirmières sur des projets, forcement je m'exprime parce que je connais.*

Comme j'ai travaillé comme infirmière ça me permet d'avoir quelques idées. Ça c'est aidant. D'avoir été cadre de santé de proximité, c'est sûr. Là c'est pareil. Quand j'étais cadre dans le service je gérais l'absentéisme, je discute aussi avec les cadres. Je connais aussi leur vécu. Même quand j'étais cadre en pharmacie. Je connais bien la formation des IDE, en termes d'accompagnement aussi. Même en tant que cadre en formation, tu as une veille intellectuelle. Donc tout ça m'a beaucoup aidé.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : la transversalité pour moi c'est prendre du recul. C'est comme que je le vois. Ça permet d'avoir une vision globale. Quand tu es en transversalité tu vois ce qui se passe ailleurs. Pour moi c'est quelque chose de très positif. En gestion de conflit, ça peut t'amener à avoir comment elle se fait.*

→Relance : quelle est votre place dans cette transversalité ?

- *Réponse : justement la transversalité de permet d'avoir une vue globale et t'amener à prendre conscience des contraintes des autres. Quand par exemple tu es amené à gérer un conflit dans le service, sur l'opérationnel, par exemple les bilans sanguins parce que de l'autre côté ça gueule.*

.

En fait quand tu les amènes à comprendre pourquoi l'autre a fait ça, souvent ça commence à désamorcer beaucoup de conflits. Justement elles ne comprennent pas comment l'autre fonctionne. Moi mon rôle est de ramener la discussion autour de ça, de ramener l'une à comprendre pourquoi l'autre ne veut pas le faire.

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : là actuellement je fais un diplôme d'état en médiation.*

→Relance : c'est intéressant, dans quel but vous faites cette formation ?

- *Réponse : Justement dans la gestion des conflits. Je vais essayer d'accompagner les parties à trouver la solution, d'amener de la communication. Je pense que notre quotidien en a bien besoin. Mon souhait est d'amener les gens à travailler dans les meilleures conditions possibles.*

→Relance : et avant cette formation ?

Réponse : avant cette formation, non pas depuis le cadre de pôle.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : par exemple aujourd'hui je passe beaucoup de temps à la gestion RH. Euh, en plus dans le pôle ça c'est un nouveau service au niveau des urgences que je gère. Je m'occupe de la gestion RH, de la gestion des conflits. Tout dépend, je passe plus de temps sur notre logiciel de gestion du temps de travail. Sur le plan administratif je passe pas mal de temps aussi, organiser le travail. Sur la Covid-19 on a été le service qui a reçu l'équipe Covid-19. Ça a été beaucoup d'organisation. Tout a été au tour de tout ça. Après c'est le suivi d'indicateur RH et le devenir la durée moyenne de séjour.*

→Relance : y-a-t-il quelque chose qui viendrait entraver ces actions ?

Réponse : oui, sur les actions en général, comme j'ai dit les contraintes socio-économiques. En général quelque fois le manque d'autonomie. Si la personne n'est pas là, tu n'as de réponse à ta question. Ça c'est un frein. Il y a des injonctions paradoxales aussi.

.

Je pense que ça fait partie aussi du quotidien du cadre. J'ai appris à gagner en souplesse et à faire des propositions par rapport à tout ça. Je me positionne aussi sur certaines choses. Il faut être souple et savoir se positionner quand il faut.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : je travaille beaucoup avec elles. Que ça soit avec les cadres ou les équipes soignantes, à chaque fois qu'on a eu à travailler avec elles, ça permet de reprendre la confiance. Ils ont toujours l'impression que j'ai quelque chose derrière la tête, alors que pas du tout. Je viens seulement proposer le cadre. Ensuite dans ce cadre il faut faire des propositions quoi. C'est surprenant ! Il y en a qui m'ont dit « pourquoi vous venez nous parler de ça ? Ça ce n'est pas notre boulot ! ». Je vois les derniers changements qu'on a faits, les dernières évolutions qu'on a faites ils ont adhérer parce qu'ils ont participé tout simplement. Au final pour eux c'est leur projet ! Donc, comme c'est leur projet, ils adhèrent forcement. Dans les équipes il y en a qui sont un peu moteurs. Du coup au final il y a la cohésion.*

→Relance : alors quelle place vous donnez au cadre de santé de proximité dans ce cas de figure, ce genre de situation ?

- *Réponse : effectivement, on y va ensemble la première fois. Finalement c'est moi qui explique à l'équipe de quoi il est question. Moi je pose le cadre. Je leur dit qu'à la cadre va veiller à l'application de ces mesures, de ce projet. Après c'est le cadre qui va faire toute la période avec son équipe. Je leur dit que je suis là en cas de besoin. Après on se voit au moment de la finalisation du projet. En ce moment je réintègre le groupe pour voir comment les choses ont évolué. Moi après, je le présente à la direction et aux organismes syndicaux. En fait tout le travail, c'est le cadre de santé de proximité qui accompagne son équipe tout le long du projet. Moi j'interviens plus pour poser le cadre institutionnel et entendre leurs propositions.*

.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : *Bonne question. Est-ce qu'il y en aura encore, déjà ? Je ne sais pas s'il y en aura encore. Je pense de toutes les façons c'est quelqu'un qui va être plus amené à accompagner des projets. C'est certain qu'on va de plus en plus vers le domicile, vers l'hospitalisation courte. C'est quelqu'un qui va être facilitant, médiateur. Le cadre de pôle va proposer des choses qui vont répondre aux besoins. Il va falloir qu'il développe cette filière-là. J'espère qu'il aura plus d'autonomie dans la gestion de pôle, dans la gestion économique et RH. Il sera toujours le garant des pratiques traditionnelles. Je pense qu'il devra être plus vigilent, comme j'ai dit tout à l'heure, à désamorcer des conflits. L'hôpital c'est une société dans laquelle il y aura toujours le choc de valeurs. Je pense quand-même le cadre de pôle a son importance dans la philosophie, des valeurs de l'hôpital. Bien évidemment il ne sera pas seul, avec des équipes soignantes, des autres cadres.*

→Relance : et dans le GHT ?

Réponse : *pour le moment le GHT on n'a pas de lien, en tous cas ici. On a des liens, on va dire, opérationnels. Par exemple moi je n'ai pas de lien avec le cadre de pôle qui est sur l'établissement support. J'ai peur qu'il y aura demain plus de transversalité sur le territoire. Il y aura des cadres de pôle sur un territoire. Il va travailler en collaboration avec les autres établissements. Plus ça sera développé mieux ça sera.*

ENT5

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse :* *C'est uniquement en interne. Je suis passé du pôle de pédopsychiatrie au pôle adulte en 2015.*

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier

.

- *<u>Réponse</u> : alors ça a été une organisation, un changement essentiellement euh qui n'a pas été à ma demande. Ça a été fait parce qu'il y a eu une unification du pôle infanto juvénile. Et comme mon médecin chef partait à la retraite, le médecin a gardé l'autre cadre sup et j'ai remplacé une cadre sup qui partait à la retraite aussi. Voilà ! Ça a changé pas mal parce que l'autre pôle était beaucoup plus gros et ça compliqué parce que comme j'avais une mission de nuit, ça a été un peu compliqué pour moi. Mais bon ! Ce qu'il faut savoir c'est que ce n'était pas forcément à ma demande. C'était dans le cadre d'une restructuration.*

→<u>Relance :</u> quelles sont les conditions susceptibles de favoriser l'évolution de vos pratiques ?

- *<u>Réponse</u> : je dirais que ce sera l'effet le Covid-19. Pendant des années il y a eu une baisse de moyens de l'hôpital.*

Et je crois que la crise du Covid-19 a fait qu'on va avoir des nouveaux moyens tant humains que financiers qui vont permettre de restructurer un peu mieux au niveau de nos capacités financières.

→<u>Relance :</u> quels freins potentiels qui pourraient entraver à l'évolution de tes pratiques ?

- *<u>Réponse</u> : euh le frein ça serait l'organisation de l'hôpital, parce qu'on a eu énormément de, comment dirais-je, de réformes. Et que ces réformes ont induit beaucoup d'insécurité au niveau du personnel. A ce niveau-là il faut sans cesse faire évoluer le personnel et faire de la pédagogie.*

→<u>Relance :</u> quel genre d'insécurité ?

- *<u>Réponse</u> : l'insécurité, c'est qu'on n'a pas de vision à long sur ces restructurations permanentes. On est toujours dans le changement et voire ça continue même à déstabiliser tellement ça change.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse :* *je suis l'adjoint direct du chef de pôle et j'ai un pôle plus éclaté puisque mon bureau est sur le centre hospitalier de Cadillac et beaucoup de mes structures sur la métropole Bordelaise* *C'est la spécificité psychiatrique en général. J'ai des structures sectorisées et dispatchées sur tout un territoire. J'ai des structures sur Villenave d'Ornon, Bègles…les hôpitaux de jours, des consultations mais aussi une clinique de 30 lits.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : ho lala quelle question* *A mon avis c'est la coopération entre l'ensemble de services et éviter ce qu'on a appelé pendant très longtemps de la balkanisation de l'hôpital. C'est-à-dire ça devenait des petites structures indépendantes au détriment de la transversalité. Il fallait, ce qu'on a essayé de développer nous, qu'il y ait une transversalité au niveau des cadres supérieurs et des médecins chefs de pôles, de travailler ensemble, d'avoir des réunions communes.*

→Relance : quelle est votre place dans cette transversalité ?

- *Réponse : j'ai par exemple comme responsabilité la formation professionnelle des agents. Ça c'est plutôt transversales puisqu'on travaillait avec l'ensemble des professionnels de santé du centre hospitalier. On travaillait avec tous les hôpitaux pour créer des formations.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse :* très peu. On essayait de planifier toutes les formations dédiées aux cadres et aux cadres sup. C'est nous qui faisions le cahier de charge. Ces dernières années il y a eu tellement du boulot qu'on n'a pas fait des formations.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse :* *totale. J'avais un temps partiel. J'ai essayé d'organiser mon temps professionnel avec mon mandat électoral. Je faisais qu'il y ait moins d'incidence possible. Il y en avait toujours.*

→Relance : y-a-t-il quelque chose qui viendrait entraver ces implication ?

Réponse : *c'est cette instabilité du fait de mon mandat électoral. Je suis à temps partiel. Il n'y a pas de vision claire au niveau des politiques de santé publique, pas de visibilité à long terme. On ne sait pas où on va.*

→Relance : est-ce que vous avez eu des injonctions paradoxales ?

Réponse : *les injonctions, ah oui en permanence. Par exemple on nous demande de faire des économies et augmenter la qualité du service. Au bout d'un moment il y a une imprécision. Les économies on ne peut plus en faire. On a remarqué qu'il y avait une dégradation permanente de la qualité du service malgré tous les efforts de personnels y compris des médecins Il y a eu des mouvements de grève, les médecins aussi ont fait grève. Ce qui est plutôt rare. D'année en année on nous demandait plus de travail, de qualité. On a coupé des moyens de prévention.*

La dégradation c'est à tous les niveaux, de la direction, le niveau national.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse :* *on commençait déjà avec des réunions avec l'encadrement du pôle de façon hebdomadaire. J'allais dans les équipes pour expliquer les actions à mener. Exemple la création d'un nouveau service mobile psychiatrique qui doit être développé au niveau départemental avec des créations des postes*

.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : *C'est un cadre essentiellement gestionnaire qui doit être impliqué de façon plus stratégique, plus globale et garder l'opérationnalité.*

→Relance : et dans le GHT ?

Réponse : je le sens mal dans le GHT. C'est une entité plus grande. C'est une usine à gaz. Difficulté d'organiser des réunions communes. On n'avançait pas. Les personnes ne venaient en réunions. Je l'ai vu de façon personnel. Il n'y avait que des paramédicaux qui venaient aux réunions et quelques médicaux seulement. Les personnes ne venaient pas en réunion. On avait un gériatre au niveau d'Arcachon qui était souvent présent.

ENT6

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : les mutations sont liées essentiellement aux démographies médicales et paramédicales qui ont un impact sérieux sur l'organisation ces dernières années, l'évolution au nombre de radiologues de la structure. On est passé à un ETP 9,7 à une vingtaine au niveau des radiologues. Effectivement, on ne gère pas pareil. Par contre, à contrario, entre les deux comme m'avait demandé de faire des réorganisations à moyens constants etc… aujourd'hui j'ai un peu moins de moyens au niveau manipulateurs. On se tourne un peu plus vers le plateau technique.*

En externe, ce qui mute aussi c'est la mise en place des GHT qui pour nous s'apparente actuellement à des fusions. A savoir que le GHT où je suis dans le département de la Vienne il y a quatre établissements publics à la base. Je gère aussi tout le plateau technique l'imagerie des autres établissements du territoire La principale mutation, c'est la pandémie actuelle.

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier

- *Réponse : d'abord au niveau de l'organisation. Aujourd'hui on ne pense plus organisation au niveau du service radio, on pense organisation du plateau technique d'imagerie du territoire et pas qu'à Poitiers. Alors aujourd'hui on évite de faire bouger les manipulateurs. Par contre on a constitué l'équipe des radiologues du territoire. Pour les acteurs ça inquiète un peu quand-même parce que ça implique un peu de mobilité sur les secteurs stratégiques.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser l'évolution de tes pratiques ?

- *Réponse le fait que ça devienne un peu plus gros, pas que sur un seul service, ça oblige les acteurs à comprendre que toi qui compte dans le lot, qu'il y a tout le monde. On est obligé de s'organiser, par exemple, pendant les vacances de telle sorte que lorsque les uns sont en vacances, les autres assurent les services, les équipements qui peuvent rester ouverts. Ça donne les opportunités à rebattre les cartes du cadre de fonctionnement et à faire comprendre aux équipes qu'on ne peut plus faire comme avant. Ils ont l'habitude de dire que ça marchait comme ça avant pourquoi on doit changer.*

→Relance : quels freins potentiels qui pourraient entraver à l'évolution de tes pratiques ?

- *Réponse : les freins ? Les acteurs ont un peu peur qu'on leur impose la mobilité. Effectivement il faut savoir un peu rassurer les gens avec une carotte au bout. Pour les médecins on leur donne une prime de mobilité de territoire. Ça fait peur.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse Mon périmètre d'action est de superviser, mettre les gens qu'il faut à la place qu'il faut. J'accompagne moi en fonction d'organiser mises en place en termes des ressources humaines. J'accompagne sur les activités ou alors on m'aide à redévelopper certaines activités.*

→Relance : quel rapport existe-il entre vos anciennes professions et l'actuelle ?

.

Le fait d'avoir été manipulateur radio m'aide à savoir gérer une salle de radio, une vacation de scanner, les moyens à allouer, de savoir le niveau d'activité que l'on peut programmer. Il ne faut pas mettre les gens dans le rouge. Pour combler l'absentéisme, un jour la direction m'a demandé de mettre une infirmière au scanner pour gérer les activités. J'ai refusé car je savais que c'est le manipulateur qui allait s'occuper de tout. L'infirmière n'aurait pas à assurer les protocoles d'examens ou autres. J'ai pu expliquer cela à la direction. C'est important. Le fait d'avoir été cadre ça te permet de mieux gérer les équipes, d'avoir une expérience en ressources humaines, accompagnement et rassurer les équipes. Il ne faut pas exagérer. Les équipes doivent se débrouiller avec les moyens qu'on leur donne.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse :la vision de la transversalité, elle est importante pour pouvoir être à l'affût des besoins et d'autres acteurs qui sont autour de toi, parce que si tu mets une organisation autour de toi sans tenir compte de ceux qui sont autour de toi, forcement ça va aller autour de toi. Elle se fait avec la coopération avec les autres cadres. Il faut travailler avec eux sur l'ensemble du parcours du malade.*

→Relance : quelle est votre place dans cette transversalité ?

- *Réponse : ma place ? Sur la prise en charge en imagerie des malades ou moi je vais faire en sorte que ça corresponde à leurs besoins.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : j'ai fait un master 2 qui donne accès au poste de directeur adjoint. Il y a des modules variés : RH, financier… Cette formation permet d'avoir de la hauteur dans tous les domaines.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : les activités du service je m'appuie sur les cadres. En termes de RH. Je suis plutôt dans la mise en place des groupes, faire en sorte que tous les acteurs soient pourvus en RH.*

→Relance : y-a-t-il quelque chose qui viendrait entraver ou encourager ces implication ?

Réponse : des gens qui ne veulent pas ça change. Ils te mettent de la crise partout, mettre les doigts sur tes dysfonctionnements en mettant en cause tes changements.

→Relance : est-ce que vous avez eu des injonctions paradoxales ?

Réponse : si, faire plus d'activité avec moins de moyens. On me demandait d'ouvrir les machines avec quatre postes vacants. Au bout d'un moment vous m'aidez à recruter pour maintenir les ouvertures des machines.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : on essaie au maximum de faire des réunions d'informations sur les projets. Beaucoup de présence de cadres de proximité qui m'aident. Le rôle des référents, l'exemple de notre GIE sur les vacations du scanner et de l'IRM. On a mis en place un modèle horaire. Heureusement qu'on a des manipulateurs relais. On a réussi à débloquer la situation comme ça. On explique les projets au niveau des tenants et aboutissants.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : le cadre de pôle de demain ? C'est le cadre sur un territoire, sur plusieurs établissements, dans le GHT. Tout va se décider au niveau du territoire, de l'établissement support. Il aura plusieurs missions.

ENT7

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : euh j'aide les cadres et non plus des agents en direct. Même si de par notre configuration j'ai encore l'équipe d'entretien de locaux et des kinés. Je ne suis plus en direct des agents, des résidents ou des malades si ce n'est quand il y a des soucis. Des principales mutations c'est ça quoi et le niveau du management n'est plus le même, c'est être en direct, le principal interlocuteur de la direction en première intention. C'est notre quotidien. Ce qui n'était pas le cas en tant que cadre de proximité. J'allais oublier la pandémie.*

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

- *Réponse : les changements, c'est que je suis dépendant à 100% de la messagerie électronique et du téléphone. Alors que certains cadres de proximité ne consultent leurs messageries environ une fois par jour. Nous c'est en continue. La plus grosse mutation de parler budget et aussi de m'occuper du recrutement des agents dans le pôle.*

→Relance : Quels sont les conditions susceptibles de favoriser l'évolution vos pratiques ?

- *Réponse : Les marges financières qui font en sorte qu'on ait des effectifs adaptés dans les services. Si on n'a pas d'argent on ne peut pas recruter. Si on ne peut pas recruter on est toujours empêtré dans la gestion d'arrêt maladie. On peut avoir d'autres conditions : c'est d'avoir des relations correctes avec les directions, ce qui n'est pas toujours le cas et aussi avec les collègues d'encadrement supérieur de pôle pour nous faciliter le boulot, ne pas se tirer dans les pattes sinon on n'ira pas loin quoi.*

→Relance : Quels freins potentiels qui pourraient entraver l'évolution de vos actions ?

- Réponse : le manque des moyens financiers et les relations délétères ou suspicieuses entre différents membres de l'encadrement supérieur voire avec la direction des soins

.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse :* *le recrutement, certaines priori dans le pôle avec l'aval de la direction. Une autonomie plus importante que le cadre de proximité. La possibilité d'accepter ou pas des heures supplémentaires et la validation des congés des cadres* *J'accorde une certaine autonomie des cadres de proximité qui doivent toujours rendre compte au cadre de pôle. Je suis plutôt dans l'aide, faire en sorte que ça marche. Ça toujours été assez simple en termes de gestion.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse :* *la connaissance de l'encadrement de proximité aide à comprendre les différentes problématiques auxquelles ils sont confrontés : absentéisme, le matériel, les projets à monter pour obtenir des financements, surtout dans le médico-social.*.. *Le fait d'avoir été cadre de proximité, j'ai été confronté à ces problèmes. On aide à la gestion RH et de gestion de conflit. Le fait d'avoir emmagasiner comme expériences avant associées à toutes les formations qu'on a eues aident aussi à la résolution de tous ces aspects.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : la capacité à déléguer un certain nombre de chose. Ce qui fait défaut bien maintenant on délègue de moins en moins par manque de confiance. Etre transversal c'est voir les choses d'un point de vu beaucoup plus général.*

Les problématiques sont souvent les mêmes RH : absentéisme partout, d'équipement ou de moyens défaillants ou obsolètes ou des choses comme ça parce que l'hôpital est en manque d'investissements ou de de réhabilitation. C'est souvent la même chose. Etre transversal c'est être en capacité de transférer d'un secteur à un autre.

→Relance : quelle est votre place ?

- *Réponse : le cadre de pôle c'est souvent celui qui incarne la transversalité la transversalité du pôle.*

.

C'est celui qui est amené à réunir les différents acteurs, à échanger avec eux de leurs problématiques et de les informer de ce qui se passe à côté. Tout ça avec la participation du chef de pôle. Le cadre de pôle c'est la pièce centrale. Dans le pôle on travaille à deux, le chef de pôle et moi. Dès qu'il y a quelque chose on échange rapidement par rapport à ça quoi. Ça fonctionnerait mieux s'il y avait la volonté du directeur d'instaurer des pôles dans l'établissement, pas de contrat de pôle papier vide de sens qui ne fonctionne pas, vide de toute réalité. Il y a des choses à mettre en place : conseil de pôle, réunion de pôle, euh un véritable pôle quoi. Pour le moment ce suivi est défaillant. Il faut faire que ça prenne du sens.

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : on a eu des formations de gestion de pôle en solo, et conjointement avec le chef de pôle et avec le corps médical.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : je suis à fond à 100%. Il faut faire en sorte que les dossiers ne trainent pas. Les cadres de proximité attendent une réponse de leur cadre de pôle quoi. Si tu n'es pas à fond sur ce pourquoi tu es mandaté, très vite ça ne va pas se faire. Ils vont passer par-dessus de toi pour trouver des solutions, cela voudrait dire que tu n'as pas su répondre à la problématique, tu ne fais pas ton job quoi !*

→Relance : y-a-t-il quelque chose qui viendrait entraver ou encourager votre action ?

- *Réponse : Entraver, euh les moyens technologiques. Si les moyens technologiques ne sont pas à la hauteur, si on me coupe les moyens de communication, je suis foutu.*

Je peux rentrer chez moi, je n'aurai pas grand-chose à faire. Ça c'est certain. On est plus que dépendant de ces moyens de communication.

→Relance : avez-vous connu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse :* *c'est assez fréquent. Mais là aussi le fait d'avoir été soumis en tant que cadre de proximité vous fait en sorte qu'on a un peu plus de moyens pour répondre à ces injonctions de façon adaptée. C'est le propre de l'organisation hospitalière quoi. D'un côté on veut faire de la rentabilité financière et de l'autre la qualité des soins, sauf que ça rentre en contradiction car pour développer un il faut réduire l'autre. 80% du budget hospitalier est alloué au personnel. Si tu veux intervenir sur la réduction des coûts il faut intervenir sur la réduction du personnel. Je ne vois pas comment intervenir sur la masse salariale alors qu'on est en manque de personnel. On va te dire de faire des économies, vous devez faire ceci. On dit à la direction souvent de nous accorder les moyens parce que le jour où on aura des plaintes on dira qu'il nous a manqué les moyens. C'est souvent par ce biais qu'on s'en sort. C'est souvent les gens qui n'ont pas été confrontés aux soins qui peuvent avoir ce discours. Le fait de demander d'un côté la réduction des coûts et de l'autre l'amélioration de la qualité de soins optimale est une injonction paradoxale. Souvent eux-mêmes sont soumis aux régulièrement à des jonctions paradoxales. C'est ça le truc.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

Réponse : *explication, communication, transmission. Si on veut que les gens adhèrent aux projets il faut communiquer, il faut expliquer. Le fait d'imposer les choses ne donne pas des résultats attendus. Si on ne communique pas sur le pourquoi, les choses ne suivent pas. Une fois t'a compris ça tu essaies de mettre en place certaines choses.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : *connecté. Il faut qu'il ait des connaissances, des compétences en informatiques, RH et des notions budgétaires de plus en plus élargies. Les contrats d'objectifs et des moyens que connaissait le sanitaire sont maintenant rentrés dans le médico-social. Si tu n'es pas au clair avec les indicateurs RH, la résolution des problèmes budgétaires financiers, t'es foutu quoi.*

.

Relance : et le GHT ?

Réponse : C'est une nébuleuse. Franchement c'est inadapté. Soi-disant que ça devait nous faire gagner financièrement. En fait rien. Le GHT fait perdre la liberté d'action aux petits hôpitaux. On perd plus de chose qu'on en gagne. C'est une inertie totale.

ENT8

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : le changement de poste et des activités. Je suis responsable de l'imagerie, du brancardage, du laboratoire et des consultations. Il y a des nouvelles missions comme s'occuper des automates du laboratoire. Il y a eu d'autres mutations comme les changements effectués au niveau du matériel. On n'a plus le biomédical. On est un petit établissement. On doit par contre s'occuper de tout, avoir des compétences quelques fois en informatique.*

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

- *Réponse : une vigilance importante sur toutes les activités. Sur le plan managérial, savoir anticiper pour ne pas être à la traine. Moi je suis cadre de pôle en même temps je m'occupe des fonctions de cadre de proximité. Il faut coordonner tout ça.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : le pôle médico-technique, le brancardage, le laboratoire, le brancardage et les consultations. Je suis proche de la retraite. J'essaie de transmettre les choses bien que la direction ne souhaite pas avoir un nouveau cadre de pôle. Les pôles seront répartis entre les deux cadres de pôle qui vont rester. On ne me remplacera pas.*

.

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse : je suis infirmière à la base. Après j'ai fait l'école des cadres. J'ai été cadre de proximité et après cadre supérieur de santé dans les différents services que j'ai cités. J'ai travaillé dans différents secteurs. J'ai travaillé dans les EHPAD privés comme publics avant d'atterrir dans un grand CHU au départ puis dans un petit centre hospitalier. Au niveau du management, toutes ces expériences me servent dans ma façon de conduire et d'encadrer mes équipes. J'ai pu bénéficier de quelques connaissances juridiques quand j'étais en EHPAD par un Monsieur qui était de la protection juridique. En ma qualité d'infirmière, j'ai des connaissances sur le fonctionnement des postes d'infirmière, que ce soit dans le public ou dans le privé. Les exigences sont globalement les mêmes en termes de qualité et d'attention pour les soins.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : c'est travailler pour l'ensemble de l'hôpital. Il y a différents services pour lesquels on doit avoir les mêmes attitudes dans les projets, dans la répartition des moyens. On ne doit pas simplement s'occuper de son propre pôle. Dans nos réunions on doit proposer des actions qui ne sont pas seulement de ton pôle d'appartenance. C'est aussi travailler avec la direction des soins, avec la DRH et toute l'équipe de direction.*

→Relance : quelle est votre place ?

- *Réponse : ma place est de mettre la synergie entre les différents services. Par exemple lorsqu'un de nous est en congés, les autres obligatoirement prennent le relais.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : oui on a eu des formations de management de pôle avec l'ensemble de nos collègues et les chefs de pôle. Ça a été des moments de partage d'expériences et des connaissances.*

.

C'était à la prise de fonction, c'est tout. Il n'y a en a plus eu après. Quelque part on apprend sur le tas.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : mon degré d'implication, je peux dire qu'il est maximal. Moi je suis de la vieille école. Les jeunes maintenant c'est différents. Mais ça se comprend parce qu'il n'y a pas de reconnaissance. La fonction de cadre de santé n'a jamais été valorisée. Cette valorisation doit commencer par nos chefs d'établissements. Je ne compte pas mes heures. Je peux dire que je fais 60 heures par semaine. Je ne regrette pas parce que j'aime ce que je fais.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : par la communication. J'ai aussi le concours des référents qui m'aident à l'appropriation des projets par mes équipes. En tout cas, il faut expliquer les tenants et les aboutissants du projet, leur faire comprendre que si on fait ça c'est pour les patients mais aussi pour eux. Et surtout il faut qu'il y ait des moyens matériels comme humains en place et qu'ils voient que vous aussi vous êtes impliqués.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : Le cadre de pôle de demain, c'est quelqu'un qui va être présent dans toutes les actions. Ils le font déjà. Mais demain il faudra davantage des personnes motivées surtout avec la mise en place des GHT. A mon avis ils seront très en mouvement entre les hôpitaux de proximité et les centre hospitaliers universitaires.

ENT9

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse* : *les grandes mutations sont l'acquisition de l'automate en biologie délocalisée, c'est aussi un robot en pharmacie, un changement de logiciel de plannings, les moyens au niveau du biomédical. Le cadre de pôle doit assurer le biomédical, on n'a plus de biomédical en temps plein lié avec les contraintes budgétaires. Autre mutation : évolution des effectifs médicaux et paramédicaux. Les gens s'inscrivent moins dans la durée dans leur fonction. Télé expertises et en télé consultations en plaies et cicatrisation pour apporter des solutions dans la prise en charge de la plaie sans déplacement des malades.*

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

Réponse : *En termes de management, je dois fédérer les médecins avec les supports techniques de Bordeaux. En pharmacie, le cadre de pôle doit être quasi permanent entre les pharmaciens, la direction et les techniciens. Certains ont déjà trouvé l'intérêt, d'autres non.*

Relance *: quels sont les conditions susceptibles de favoriser l'évolution de tes pratiques ?*

- *Réponse* : *les moyens ergonomiques pour améliorer leur travail, les PC soient adaptés, un travail avec les informaticiens, les sociétés qui fournissent le matériel de robotisation. On n'a pas la hotline tout le temps, les procédures dégradées avec la Qualité. Un gros travail de concertation avec la cellule qualité. Une formation aux équipes pour s'approprier les pratiques. Les conséquences : être réactifs, trouver des solutions d'articulation, amener à développer les compétences dans d'autres fonctions.*

Ça induit des résistances au changement, moins d'attente de délai de prélèvements, on fait rentrer ces nouvelles cultures, c'est de la communication, de leur donner les formations nécessaires pour être autonomes et en sécurité.

.

Freins potentiels ?

Réponse : comme freins, on n'a pas des ressources comme dans les grands hôpitaux. Nos limites : turn-over. Les directeurs adjoints sont là de passage. Il faut être très communicant.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : j'ai déjà précisé. Il faut qu'on soit flexible pour aller sur d'autres secteurs en cas d'absence du cadre du secteur, accompagnés de cadres de proximité.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse : bien sûr qu'il y a des rapports. Etant infirmière à la base, je suis dans une adaptation permanente. J'ai beaucoup bougée de régions et dans différents domaines : cardiologie, EHPAD, l'enseignement dans une école d'infirmière, direction des soins d'un l'hôpital… Ce sentiment de changer de métier. Pourtant je n'ai pas le choc de culture. Le choc de culture est peut-être dans la robotisation ?*

J'ai une expérience diversifiée surtout dans les structures privées. Actuellement, on a un changement, des évolutions cet été. Une évolution qui va entraîner qu'on intègre un GCS dans notre hôpital. Par exemple la pharmacie va être mutualisée. Là aussi ça demande les adaptations.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : Je suis toujours en transversales. On est des prestataires de services de soins. Avoir la réactivité qu'il faut pour que mes services soient synchronisés avec les unités de soins. Je ne gère plus des patients dans les lits. Je suis plus dans l'obligation des moyens. J'ai trouvé mes équipes très sinistrées. C'est important de restructurer régulièrement. Le bio-nettoyage doit être plus avec le Covid.*

→Relance : quelle est votre place ?

.

- *Réponse : ma place c'est donner du sens à ce rôle.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : oui différentes formations sur les terrains. En qualité de manager j'ai eu des formations sur l'encadrement des pôles. C'est encore à consolider. Je vais bientôt partir. Je ne serai pas remplacée. Je suis à la fois cadre de pôle et cadre de proximité en radio et en bio-nettoyage.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : très fort. Au départ j'avais des horaires normaux jusqu'à juin dernier entre 50 et 60 heures par semaine. Je prépare le relais. Je travaille jusqu'en avril prochain. Je dois protéger ma famille. J'ai aussi les missions de médiation et d'identitovigilance qui vous prend trop de temps, les dossiers qui viennent s'ajouter. Il va falloir se pencher sur la problématique d'usure des cadres. Ils passent beaucoup de temps en gestion de l'absentéisme alors qu'ils devraient s'occuper des projets. Je constate le désenchantement.*

Relance : qu'est-ce qui viendrait entraver vos actions ?

Réponse : ce qui viendrait entraver ce sont la gestion des effectifs, un manque de moyens en informatique et le bio-nettoyage. Mettre les ressources au bon endroit.

Relance : les injonctions paradoxales ?

Réponse : Les injonctions paradoxales ? Oui, on nous demande de faire une chose puis après le contraire. C'est très régulier. On a direction qui est mouvant, ils changent tout le temps. On a là une direction par intérim. Les choses changent vite en fonction des directions.

Il faut faire confiance aux cadres, qu'ils soient jeunes ou moins jeunes. On court après l'information. Les comptes rendus des commissions médicales devraient être portés à la connaissance des cadres pour favoriser une bonne réactivité. On rattrape les informations au vol ; ce qui n'est pas normal. L'encadrement est beaucoup moins épanoui.

.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : je suis très communicante. C'est la communication dans un premier temps, l'aide des référents. Ça dépend du dimensionnement du projet. La formation aux nouveautés.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : je le vois comme un collaborateur. Il ne doit plus être en gestion de proximité.

Relance *: Dans le GHT ?*

Il doit rencontrer les cadres de pôles du GHT. Qu'ils participent aux réunions de pôles du GHT. Une ouverture hors des murs, avoir un lien avec les acteurs extérieurs. Doit travailler en confiance avec les directeurs adjoints.

ENT10

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : des mutations d'ordre démographique au niveau des ressources humaines qui impactent sur mon fonctionnement. Des possibilités de recrutement. La direction a totalement changé. Toute l'équipe top management de direction a changé. Une nouvelle direction sur le changement, l'adaptabilité.*

Il faut accompagner ces changements. Les premiers projets ont été remis en question par la direction de l'hôpital, en dépit de la validation par l'ARS. Il a fallu s'adapter à ce nouveau management. Le corps médical s'interroge sur l'évolution de ce management. Moi j'ai eu plus de latitude pour recruter. La DRH donne beaucoup plus de facilités contrairement à avant.

.

On a un nouveau chef de pôle qui est arrivé avec deux sous chefs de pôles compte tenu de la grandeur du pôle avec 12 cadres de santé de proximité.

Le mouvement social des manipulateurs radio n'a jamais été aussi présent dans la rue avec des impacts locaux au niveau de la cotation. On n'avait jamais entendu les manipulateurs descendre dans la rue.

Les pratiques avancées sont aussi d'autres mutations.

Le fait d'être à 2 cadres de pôles est très bien car il faut porter les projets institutionnels. Ça me permet de faire autre chose, être avec les cadres, les médecins, l'échange avec le directeur de soins. On peut s'occuper d'autres projets, d'aller un peu plus en profondeur.

Les freins potentiels c'est déjà de ne pas être seul. Le changement des équipes de direction de freine en termes du temps. Le regard du n+1 est fondamental dans les informations.

Le changement des équipes de direction ça a freine.

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

- *Réponse : répondu dans la précédente question*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : je suis responsable du pôle imagerie sur tous les sites du CHU avec 12 cadres au total. Ça représente à peu près 400 agents. L'accompagnement des protocoles de coopération*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse : je pense en effet que la connaissance du métier est un plus. Mais elle n'est pas indispensable. Les expertises restent dans le domaine qu'ils connaissent. Communiquer, accompagnement, dans le suivi, il faut bien connaître le métier. La connaissance du terrain, l'expertise est un atout. Ce que j'ai entendu, c'est que si on a fait appel à moi c'est parce que*

.

je connais le terrain. Je suis au CHU de Bordeaux depuis longtemps. Mais je peux tout à fait travailler dans un autre service de soins.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : euh la transversalité pour moi mon positionnement est très clair. On travaille sur tous les sites. On partage des informations entre les cadres de pôles. On facilite la mobilité inter-sites, avoir une équité optimale. Ce qui concerne la gestion des projets, on est trois sites. On a une vision macro. Mais c'est trop chronophage. Surtout avec le Covid, le télétravail est d'un apport capital sinon on ne s'en sortirait pas.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse les formations proposées pour les managers. Et aussi à la prise de fonction de cadre de pôle en lien avec le fonctionnement, l'organisation et le management de pôle.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : c'est propre, je dirais que c'est tout bon. Certains jours on a l'impression que ça ne se passe comme on veut. Mon implication est totale.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : la communication est fondamentale, on explique le contexte, les objectifs et le contrôle des projets. J'adapte ma façon de manager en fonction de contexte.*

Etre à l'écoute. Les cadres ont besoin de travailler seuls. Les jeunes cadres, on les accompagne. Le respect, j'espère qu'en retour ils me respectent aussi.

.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : c'est une image. Lui donner plus d'autonomie. La direction doit lui donner plus d'autonomie, dans les organisations, le parcours du patient. Plus de confiance, de pouvoir de décision. Je dirais aussi il faut arriver à décloisonner, plus ouvert sur la politique de santé, être en lien avec les autres établissements. Aujourd'hui au niveau du GHT il ne passe rien du tout. En tout cas il faut une ouverture au niveau régional, au niveau du GHT. Il y a très peu de communication entre établissements.

ENT11

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : un périmètre professionnel beaucoup plus large en encadrement des agents. Avant j'étais sur un secteur avec des manipulateurs et des Aides-soignants et maintenant j'ai des manipulateurs, des Aides-soignants, des infirmières et Aides-soignants, des cadres de santé, des secrétaires. Par rapport au travail les orientations professionnelles ont changé, il y a de l'imagerie qui reste prestataire, les urgences qui est la porte d'entrée de l'hôpital.*

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

- *Réponse : c'est un métier un peu différent. Un intérêt professionnel différent et une prise de recul par rapport au professionnel en général. Euh une dimension qui est un peu plus loin du terrain, qui est un peu dans l'organisation et de la stratégie d'orientation de ce que l'on fait.*

→Relance : quelles sont les conditions pour favoriser l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : les conditions sont essentiellement matérielles et c'est qui manque le plus parce que de là découle toute l'organisation et la mise en place de ce qu'on voudrait faire pour améliorer les choses au niveau de la prise en charge du patient.*

→Relance : quels freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

.

- Réponse *les freins c'est le manque de professionnel qu'on n'arrive pas à recruter. C'est la première chose. Ensuite le fonctionnement, l'hôpital soit en difficulté financière. On a besoin de faire plus attention. On a des moyens qui sont limités. Les choses qu'on ne peut pas faire par manque de moyens. On a une augmentation croissante d'activité au niveau des urgences et de l'imagerie et du reste du périmètre parce qu'il y a quand-même une baisse professionnelle de terrains libéraux qui fait que les gens se tournent davantage à l'hôpital.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : l'imagerie, les urgences et les secrétaires.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse : une expérience qui m'a aidé et qui m'aide encore. J'ai sous ma responsabilité le nouveau cadre d'imagerie. Une connaissance de terrain et des dossiers. J'ai été cadre d'imagerie pendant quinze ans. La connaissance de terrain m'aide et m'aide encore. Aux urgences c'est différent. Le fait connaître professionnellement l'activité de l'imagerie, ça m'aide. C'est un métier que je connais moins. J'ai connu des difficultés au départ. Le cadre de pôle précédent était un infirmier. Il y avait un problème de reconnaissance de quelqu'un qui vient du médico-technique sur un poste de cadre de pôle. Maintenant à 3 ans passés ça va mieux.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : un partage, la communication et avec au milieu le patient. Pour le coup on est en plein dedans. J'ai aussi un service de consultation à ma charge en plus de deux gros services qui sont l'imagerie, les urgences et des consultations et différents services satellites autour de ces deux services qui sont l'imagerie et les urgences. C'est arriver à faire fonctionner tout le monde ensemble dans l'intérêt du patient. C'est le nœud du problème. La transversalité existe depuis l'entrée à la sortie du patient, quelle que soit la raison pour laquelle il vient.*

.

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse* *j'ai eu une formation qui est arrivée un peu trop tard. Une formation de 10 jours. La formation n'est pas suffisante. A mon avis il aurait fallu plus. De fait j'aurais eu besoin d'approfondissement. C'est ce que j'ai demandé pour l'année prochaine.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : je suis trop impliquée. Je vais jusqu'au bout des choses. J'aime mon métier. Je veux que les agents et les patients soient satisfaits. La crise sanitaire nous met des freins dans toute chose. Elle se passe en adaptation du jour le jour entre les décisions ministérielles et les orientations locales.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : c'est compliqué. Ça passe par la communication. Faire participer les professionnels, les écouter car sont parfois sources de propositions. Malgré tout certains résistent. Quand on met en avant l'intérêt du patient, ils suivent plus facilement. Quand ils ne voient pas cet intérêt, ça devient difficile. On n'est pas à l'abri que les agents ne suivent pas. Dans ce cas la plupart du temps il faut revoir sa copie. Globalement c'est la négociation. En général ça marche.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : pour moi le cadre de pôle, il doit être détaché des problèmes de terrain. Mais il doit être à l'interface de tous les projets interservices ou intra- services. Les cadres de terrain doivent travailler avec lui, faire que les équipes travaillent ensemble. Il doit avec le chef de pôle mettre la stratégie et l'organisation en place. Il doit décloisonner.

.

L'unité doit se faire autour du patient et des métiers. Les cadres de pôles doivent être retirés de la proximité. Il ne faut pas couper le lien avec la proximité.

→Relance : Et le GHT ?

- *Réponse : Le GHT c'est encore une grosse nébuleuse. Tout est en stand bail depuis qu'il y a la crise sanitaire. Rien n'est fait encore chez nous.*

ENT12

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : alors les mutations, la première d'entre elles c'est la nouvelle gouvernance, un gros changement. La loi HPST qui est intervenu également. En tant que cadre de pôle on est plus dans la stratégie, on suit des décisions institutionnelles. On suit les projets. On fait avancer les projets avec l'équipe d'encadrement.*

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

- *Réponse : il y a eu des changements dans la stratégie, dans la façon de faire et dans nos habitudes.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse :* les conditions susceptibles de favoriser l'évolution de vos pratiques ? *L'autonomie. Surtout de l'autonomie. Ce qui n'est pas toujours le cas. Malheureusement. Voilà !*

→Relance : quels freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- Réponse : *Les freins. Il y a une part d'illusion dans la nouvelle gouvernance. Le pôle n'a pas autant d'autonomie de gestion qu'on prétend lui en donner. On dépend des différentes directions.*

.

On est quand-même tributaire de la direction des ressources humaines, des finances, quoi ! On a toujours cette lourdeur administrative. Ça nous empêche au niveau de notre réactivité.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse :* *Je suis sur toutes les unités de mon pôle et je suis en liaison avec les différentes directions de l'établissement*.

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse :* *L'expérience en tant que cadre de proximité me sert dans le fonctionnement. Elle est plus que nécessaire. On est obligé d'avoir de réactivité. On essaie de prendre de la hauteur.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : au service d'une institution, avoir une vision plus large. C'est plus en termes de missions que je vois ça.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse oui plusieurs formations. Un master 2 de management des établissements. Notre direction de soin a voulu qu'on travaille sur le projet managérial vis-à-vis de nos équipes.*

On a eu d'autres formations avec d'autres collègues de 2 ou 3 jours chaque fois en lien avec le projet managérial qui faisait partie du projet d'établissement. Pas spécialement à ma prise de fonction, non !

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : le temps de je consacre c'est de 8h à 19h30, parce que je suis quelqu'un d'investi. Mon seul raisonnement c'est de faire que les patients soient satisfaits.*

.

L'objectif est le patient et les professionnels soient satisfaits. On parle de QVT, qualité de vie au travail. Ça veut bien dire ça veut dire !

- *Relance : Avez-vous des injonctions paradoxales ?*

- *Réponse : injonctions paradoxales ? Oui pendant le Covid, portez les masques, n'en portez plus. On en a tous les jours.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : on essaie de communiquer à la base. Ce n'est pas aussi facile que ça. On fait les réunions de service. Au niveau de l'institutionnel aussi. C'est le cas du Covid. Ceux qui ne veulent pas suivre, il arrive un moment si l'ensemble du groupe fini pas adhérer les autres finissent par suivre. On ne peut pas sans tirer un âne qui ne veut pas venir. Il ne faut pas à tout prix faire adhérer tout le monde. La stratégie c'est d'aller chercher ces gens qui s'opposent et les proposer leaders, référents du projet. Ça fini par marcher, ils finissent par suivre. Les communications pendant les moments de transmissions par les cadres de santé de proximité.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : Euh le dessiner ? Comment voulez-vous je le dessine. Aujourd'hui je suis capable de vous dire le cadre de pôle est le capitaine des pompiers.

J'ai seulement la vision de mon établissement, issus de la filière infirmière. Le cadre de pôle de demain ça peut-être il sera question de managers sortis de grandes écoles de commerce. Ils ne seront plus issus des formations infirmières et médico-techniques.

→Relance : Et le GHT ?

- *Réponse :* le GHT ? *C'est autre chose. Aujourd'hui on collabore avec les collègues des autres établissements de notre GHT mais chacun reste dans nos établissements respectifs.*

.

ENT13

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : Moi qui ai une expérience de plus de vingt ans je trouve que les directeurs n'ont les mêmes management.au niveau des directeurs n'ont plus des moyens de communication, des moyens informatiques, la communication, le comportement. Paradoxalement la communication n'est plus de qualité alors qu'on a des moyens de communication qui sont de pointe. Communication de moins en moins de qualité.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : cela a induit des difficultés à gérer les humains parce que la communication n'est pas bonne. Les rôles de la direction tombent sur notre fonction.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : plus de participatif. On ne participe pas aux décisions. Des exemples de productivité, produire plus avec les moyens constants ? La productivité prend le pas sur la prise en charge des patients, sur l'humanisation. On oublie que le patient est au centre.*

→Relance : quels freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- Réponse : *Dans la période Covid on a eu des injonctions paradoxales qui ont été des freins incontestables. Il faut distinguer des circulations entre Covid- et Covid+. En aucun cas on tient compte des motifs d'hospitalisation. Il y a des consignes ministérielles qui sont appliquées.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse : Mon périmètre c'est les EHPAD, la diététique, les psychologues…*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

.

- *Réponse :* *Non. J'étais cadre sur le pôle la médecine avant. On m'a dit d'aller en gériatrie. Ce n'est pas un secteur qui m'intéressait particulièrement. Mon expérience m'a aidée aussi dans la gériatrie.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse :* *pour moi la transversalité se situe sur le plan systémique, riche. On peut monter des projets. On peut faire des actions holistiques, globales. Ça aide à faire le lien*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse* *Non. Mais je pense que les formations aident à s'améliorer. Mon expérience m'a aidé dans la gériatrie. A voir autre chose, comment se passe ailleurs.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : entièrement. J'essaie de prendre du recul par rapport aux situations.*

- *Relance : Avez-vous eu des injonctions paradoxales ?*

- *Réponse : Si c'est l'entrave j'essaie de la laisser sur le côté, le comportement de la hiérarchie. Si c'est quelque chose qui m'aide je prends. Pendant le Covid, portez les masques, n'en portez plus. On en a tous les jours.*

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse :* *sur un plan pédagogique, je fais comme à l'école, je fais participer. Je tiens compte à leurs prérequis. Des réunions, je distribue les tâches. Je leur donne des responsabilités sur les points qu'ils voudraient travailler avec un calendrier.*

.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : je ne sais pas s'il existera encore demain. Dans les petits établissements on se marche sur les pieds. Le cadre de pôle de demain, c'est un poulpe, une pieuvre à plusieurs bras. Je pense qu'il faut avoir des gens par filière. Nous on a fait par la tarification à l'activité. Je pense qu'on s'est trompé. Ses missions je le vois par filière, par parcours patients, par patient traceur. Parce que ça a un début et une fin. Il y a une logique, en tout cas pour moi. Ça un sens pour nous les soignants.

ENT14

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : les mutations sont liées aux nouvelles directions. Le management de direction est complètement différent.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : moi ça a été des gros bouleversements, des remises en question permanentes, des restrictions RH importantes.*

La nouvelle direction est dans l'état de lieux des organisations pour amener de l'économie. On n'est pas sur le modèle de restrictions plutôt sur le modèle de restriction des effectifs, diriger, radical sans concertation.

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer tes conditions ?

- *Réponse : je m'appuie sur les savoirs des directeurs. J'espérais fort de partir en formation mais compte tenu du travail, c'est impossible.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- Réponse : *le 1er frein c'est avec mes collaborateurs. Une légitimité que je reconnais à ces personnes, de l'honnêteté intellectuelle. On vous retire de la boucle décisionnelle. Cela pose la question sur le sens de notre travail. On ne peut pas continuer à travailler d'une façon sereine.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: tout l'ensemble du MCO et brancardage. C'est fortement dépendant du dimensionnement des cadres supérieurs de santé de pôle. Le périmètre des responsabilités est limité aux responsabilités qu'on te donne, à la confiance qu'on te donne, on liste le travail jusqu'à l'opérationnalité.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse: je dirais que je pense que les trois se regroupent dans l'organisation pour arriver à travailler avec les uns et les autres. Pour moi ce qui m'a influencé c'est mes capacités organisationnelles. Pour moi la responsabilité c'est de prendre soin de l'établissement et dans le respect de l'autre. La connaissance du terrain, être dans une maîtrise d'activité, montrer à l'équipe que tu peux travailler avec eux. C'est tout le long de mon parcours.*

Tu as rencontré des difficultés. C'est une répétition des activités qui t'aide dans la fonction de cadre supérieur. Ce sont des projets qui te permettent d'évoluer, le fait de travailler avec différents directeurs. C'est de l'expérience qui peut influencer ta stratégie.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : elle est indispensable. Envisager des liens entre l'ensemble des équipes. La transversalité doit être ton souci constant.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

.

- *Réponse* : *j'ai eu des formations de 15 jours sur Paris, des formations internes, institutionnelles, c'est tout. La formation me manque personnellement. Ce n'est pas un frein dans mes actions quotidiennes. Sur le poste de cadre supérieur de santé c'est difficile par le fait qu'on est très pris par notre travail du quotidien. C'est vrai, pour le moment le secteur de l'imagerie pourrait être appréhendé autrement. La partie des tableaux des bords j'ai été défaillante, il y avait un maillon manquant. On n'a pas été formé à ce type de fonction. Si je devais me former aujourd'hui ce sera sur le champ Qualité.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse* : *à 120% dans le management. Le sens qu'on y donne. J'évolue dans une équipe qui donne un sens à mon travail.*

- *Relance* : *Avez-vous eu des injonctions paradoxales ?*

- *Réponse* : *oui, bien évidemment. L'attachement que tu as avec les équipes t'empêchent de répondre aux objectifs qu'on nous fixait par la direction. Parfois on n'est pas en phase avec ce qu'on nous demande.*

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse* : *je continue à travailler en très grande proximité avec les cadres. On décline les projets de façon détaillée ensemble, puis porter aux équipes.*

Travail de collaboration. Démontrer à un moment donné que ce travail de collaboration avec les cadres entraîne une grande explication pour les rendre le clairement possible, en prenant compte le poids de l'établissement. Une autre réalité : le soutien de l'équipe de direction. Un projet, on explique toujours et la mise en œuvre évaluée. Il peut être évalué au point d'être réajusté.

.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : *Je te réponds que je ne suis pas visionnaire._Le Covid a un peu modifié nos fonctions. On fait des recrutements sans y faire attention. Le cadre de pôle de demain doit s'adapter aux organisations, à la philosophie, à toutes les stratégies, il doit se tenir informé.*

Relance *: Et comment vous le voyez dans le GHT ?*

Je le vois tout petit. Dans le Lot-et-Garonne le poids est important. Mais les cadres sup ne participent pas aux actions du GHT. J'ai une vision limitée de cadre sup. dans le GHT.

ENT15

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : la gouvernance qui a bien changé à la suite du décès du directeur. Direction commune. Du coup changement de direction, les décisions ne sont prises plus au niveau local, territorial.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : une perte de proximité avec la direction. Du coup on rentre dans toute la splendeur administrative. Avec son inertie et son désenchantement des personnels. Perte de temps. J'avais les réunions avec mon directeur.*

En un an et demi, j'ai eu une seule réunion avec mon directeur. On ne sent pas abandonné mais on se sent tout seul. Lenteur administrative.

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer vos pratiques ?

- *Réponse : la formation, avoir des projets institutionnels et transversaux. Donner un sens à ce qu'on fait au quotidien. Des vrais projets sur l'établissement, sur les territoires, sur le GHT.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- Réponse : *financements pour aller faire des formations, pour pouvoir se dégager du temps pour aller faire des missions transversales et arrêter de faire uniquement le quotidien.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse:* *Urgences, Surveillance continue, Imagerie, Pharmacie, Permanence d'accès aux soins de santé.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse:* *J'ai travaillé aux urgences, je connais le métier. Ça me parle. Oui ça m'a aidé. Ce que je gère je sais le faire. C'est une expérience qui me sert. Ils ne peuvent pas me raconter des choses que je ne comprends pas.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse* : *plusieurs services ou carrément des projets institutionnels. Les choses qui nous impactent ainsi que d'autres services. Les projets sur l'établissement comme la banque du sang, le chariot d'urgence. Il faut du lien avec d'autres services..*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse* : *formation de prise de poste, d'adaptation à l'emploi sur une semaine de cadre de pôle et un master. J'aurais besoin d'autres formations encore faut-il avoir le financement.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse* : *très investi. Je suis joignable par les équipes pendant mes repos, même chez moi. Je n'ai pas une grosse déconnexion au quotidien.*

.

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : on verra avec le changement d'interlocuteurs. Avec le départ de ma directrice de soin à la fin d'année on verra qui la remplace et comment c'est géré. On a des accords tacites en termes de volumes horaires, de disponibilité. Rien n'est écrit. Elle me le rend un peu. Ça permet de faire marcher le système. Si la nouvelle ne le fait pas cela pourrait changer mon implication.*

Quant aux injonctions paradoxales on en a plein, on a des injonctions paradoxales de la Directrice de soins de l'ARS, des directeurs financiers. C'est notre quotidien.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : j'essaie de chercher des personnes volontaires pour travailler avec moi. Avec ces personnes on fait de la pédagogie avec les équipes qui vont être impactées.*

On implique les gens. On dialogue beaucoup sur des problématiques. Ils sont force de proposition. On explique. Je ne suis un adepte de grandes réunions.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : multicompétent : management, informatique, comprendre et gérer un budget. C'est le directeur non médical du pôle.

Relance : Et comment vous le voyez dans le GHT ?

Réponse : Je le vois mal. Peut-être des cadres de pôles par filière. Par exemple des cadres des urgences au niveau du GHT.

.

ENT16

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse :* *crise sanitaire, rationalisation des moyens, performance économique et humaine, accentuer axe qualité, ouvrir des organisations interne vers l'extérieur, passage en 12h, modification des organisations pour relancer l'activité. Construction des pôles, la conduite des projets, le projet d'établissement.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse :* *cela a induit de nombreuses adaptations, revoir au niveau de ses compétences et faire en sorte de répondre aux besoins des changements, être en éveil.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer vos pratiques ?

- *Réponse : Euh, je pense que la possibilité de faire le benchmarking et de pouvoir comparer ce qu'on a créé avec des organisations de même acabit, la formation, la possibilité d'évolution de carrière.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : la différence qui existe entre la demande intentionnelle et la réalité qui est encore plus marquée avec la crise sanitaire, les difficultés aux changements (accompagner les équipes), l'enjeu économique, la légitimité réglementaire (dépassement de nos périmètres).*

On travaille sur beaucoup de problématiques pour lesquels nous ne sommes pas légitimes mais on nous interpelle pour pouvoir les régler, un énorme fossé et notre périmètre d'action.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: au départ il est centralisé sur tout le personnel non médical. Finalement c'est tous les services, les organisations. Globalement c'est vraiment la définition du marginal sécant, qui fait que vous n'appartenez à rien mais vous devez être partout.*

.

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse:* *depuis 2011 je suis sur la gestion des projets et l'encadrement. Je retrouve les mêmes choses que ce que j'ai fait dans le passé. Même si vous changez les habitudes vous ne changez pas la méthodologie du travail.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : s'assurer que chaque ressource et chaque compétence ont un objectif commun. Il faut que chacun accepte le périmètre d'action de l'autre*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : formation de cadre sup à Lyon qui devait durer deux semaines mais qui a duré une semaine suite aux problématiques arrivées sur l'établissemen* .

→Relance : dans quel domaine souhaitez-vous un complément de formation ?

- *Réponse : je souhaiterais avoir une formation complémentaire dans les domaines de l'audit interne, du contrôle de gestion et de la qualité, le coaching.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : c'est dur de s'auto juger. Enfin j'ai la sensation d'être impliqué, voire engagé.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : euh non. Peut-être le temps. Si les choses n'évoluent pas et ça s'inscrit dans le temps et que les problématiques n'avancent pas il faut revoir vos priorités.*

- Relance : est-ce que vous pouvez me parler des injonctions paradoxales de votre hiérarchie ?

- *Réponse : ah oui !*

.

C'est toute la contrainte de faire la jonction entre les demandes de la direction, les recommandations de l'ARS qui tombent au dernier moment, des professionnels et des attentes des équipes qui ne convergent pas toujours. C'est ça qui est compliqué, la jonction avec tous, sachant que l'objectif n'est toujours le même. On n'est pas tous centrés sur le patient. Ce n'est pas vrai. Du coup au fait au quotidien vous avez des injonctions paradoxales.

Je pense que c'est quelque chose qui reflète des organisations françaises, c'est culturel en France. C'est à vous de faire le grand écart pour trouver le juste équilibre pour que ça fonctionne.

Question 5 : comment vous y prenez- vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : Euh, moi généralement je fais participer. Quand le cap est défini, je valide. J'ai plus tendance à valider ce qui a été co-construit. Il y a l'occupation du terrain, de passer partout régulièrement, la connaissance des équipes, pointer facilement les choses qui ont avancé. Assurer la mise en place et la réactualisation du projet, il faut communiquer sur ce qui a été bien fait. On valide avec toute l'équipe. La communication du quotidien. Partager des moments conviviaux.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : il a beaucoup d'autonomie avec très peu d'autonome, répondre à tout et à rien. En fait il doit s'occuper de la gestion de projet, très transversal, ouvert sur l'extérieur. Aujourd'hui les cadres de pôles ne sont pas ouverts vers l'extérieur. Il faut réfléchir en termes de filière de soins. Avant on était centralisé à l'échelle d'un établissement. La filière est liée à l'individu alors que le parcours de soin était lié à l'hôpital.

Relance : Et comment vous le voyez dans le GHT ?

Réponse : accompagner les nouvelles structurations et les filières de soins. Il faut qu'il soit disponible.

.

C'est une erreur managériale que de trouver les cadres de pôle dans la gestion des équipes qui relève normalement des cadres de santé de proximité. Il ne doit pas avoir la gestion d'un côté par le cadre de pôle et de l'autre par le cadre de santé de proximité. On leur demande d'avoir une vision de l'établissement et en même temps être cadre de proximité. On leur demande d'être schizophréniques.

ENT17

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : j'ai pu constater un glissement en 5 ans par le transfert des tâches de la DRH vers le cadre de pôle. Recrutement des agents.*

La délégation de gestion reste assez légère. La charge de travail plus importante. On n'a pas du tout de délégation de gestion. Par contre la charge de travail est plus importante.

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : Des journées interminables.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser vos pratiques ?

- *Réponse : les cadres devraient avoir une aide administrative. Quelqu'un avec eux : la gestion de rendez-vous…Une collaboratrice. On pourrait bien se concentrer sur les dossiers du pôle, en termes de stratégie.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : il est général. C'est la diminution des postes. Le fait de ne pas avoir les collaboratrices. Ce sont les mesures de restriction.*

.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse:* *Exclusivement l'imagerie, beaucoup de modalité y compris la médecine nucléaire. C'est un grand pôle. On est trois sites. Sur un même site on a la pédiatrie et l'adulte*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse:* *c'est une continuité. C'est l'expérience acquise dans les emplois antérieurs qui te permettent de bien agir dans certains domaines comme la stratégie. La prise en charge du patient et la reconnaissance du métier. Parce que le métier de manipulateur n'est toujours pas reconnu.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : l'imagerie c'est déjà transversal dans la qualité d'une prise en charge patient. La transversalité passe par tous les services jusqu'aux fonctions support.*

Ma place c'est justement de veiller à ce que l'imagerie soit intégrée dans les projets. Exemple de l'informatique l'imagerie a été oubliée. Rappeler qu'ils ont oublié l'imagerie

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : très peu. Piloter l'imagerie. C'était trop tôt. Une autre formation sur l'approche participative.*

→Relance : dans quel domaine souhaitez-vous un complément de formation ?

- *Réponse : le management. La même formation que j'ai eue au début sur le pilotage d'une équipe d'imagerie. J'aimerais la refaire.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : Je manage les équipes de proximité. Je fais qu'ils soient autonomes sur les dossiers, notamment pour la RH. Au quotidien mon implication est variable en fonction des dossiers.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse les moyens économiques et financiers.*

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : communication, participation, de l'écoute, s'exprimer. Quand ils n'adhèrent pas, il faut expliquer les tenants et les aboutissements. S'appuyer des personnes ressources. Demander à celui qui pilote le projet à venir expliquer. S'appuyer sur les personnes ressources.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : il faut lui donner de l'autonomie complète. Parfois j'ai l'impression que la direction de soin et la DRH il y a des glissements. Je le vois avec une charge de travail très importante. Le cadre de pôle de demain doit être revalorisé.

Relance : Et comment vous le voyez dans le GHT ?

Réponse : je ne le vois pas beaucoup. Depuis que le GHT a été mis en place, moi je n'en ai pas entendu parler, en tout cas pas dans notre établissement.

ENT18

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : alors les principales mutations, c'est une dimension stratégique pour mener des projets de pôles qui sont en lien avec le projet d'établissement. Le développement de l'ambulatoire et en diminuant le conventionnel. On est entrain de voir le capacitaire de lits de chirurgie. Au niveau de la pédiatrie médicale, c'est-à-dire en médecine, on a des activités saisonnières qui font qu'on travaille sur la mobilité et la pluri compétence. On a des gastro et bronchiolites. On ferme des unités pour pouvoir adapter notre capacitaire à l'arrêt des épidémies. Les soignants qui restent au sein du pôle vont travailler, remplacer chez les adultes, en extrapôles.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : vigilance au maintien des compétences. En termes de management ça oblige les cadres de proximité à rencontrer individuellement leurs agents trois choix à faire et un non choix d'unité de remplacement. Ça demande un management bienveillant. Pour certains agents ça développe des projets professionnels, un parcours de professionnalisation.*

On travaille avec des organisations syndicales. Il y a des critères pour être redéployer. S'appuyer sur des valeurs comme l'équité.

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser vos pratiques ?

- *Réponse : c'est le contexte sanitaire, le Covid exige aussi une solidarité interpoles. Des équipes qui connaissent les besoins des autres pôles. Des petites réunions rapides qui permettent au personnel de s'exprimer, la valorisation à participer à nos projets. Ça facilite le passage de projet aux instances. La direction des soins peut être aussi facilitante, le DRH sur les points stratégiques quatre fois par an a des points RH, des points qualité en termes d'absentéisme avec la DRH et un représentant de la Direction des soins.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : si la fonction RH n'est pas résolue, ça peut devenir un frein.*

.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse:* *il y a six services dans les pôles, sur deux pavillons. C'est le plus gros pôle du CHU. Un pavillon de pédiatrie et un autre mère et enfant. Au niveau de la gouvernance j'ai une coordinatrice qui s'occupe la maternité et gynécologie obstétrique.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse:* *déjà en termes de charge de travail, de surcharge de travail. Je suis cadre supérieur de pôle et cadre sup des autres unités que je dois gérer. Mes expériences antérieures m'ont appris de réfléchir plus vite, à travailler plus vite. Je suis en position d'arbitrer, de décider. C'est mon expérience qui me le permet. Gérer mon temps et le sens des priorités et savoir dire non. Trouver des outils qui nous permettent de gérer le temps.*

Je demande de plus en plus à me faire des feed-back parce que je suis de plus en plus éloignée de terrain.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : euh écoutez, j'ai essayé de la concrétiser de transformé un poste de cadre de proximité en 50% en mission transversale de qualité, mettre en charge des pratiques professionnelles. Elle va être en appui des cadres de mettre les patients traceurs, sur les pratiques professionnelles. Et un cadre sup en missions transversales RH.*

Dans cette transversalité ma place est dans l'animation des commissions qualité, je suis à tous les CREX, l'analyse des événements indésirables. J'ai besoin d'une collaboratrice qui fait le suivi des postes vacants, des contractuels.

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : gestion de l'absentéisme et sur l'aspect sociologique. Nous proposons un entretien dans les congés. C'est l'entretien maternité.*

.

On lui propose un aménagement de poste de travail, retour à l'emploi, cibler un entretien vis-à-vis des accidents du travail pour essayer de construire un arbre de causes. On a mis en place une pyramide décisionnelle par rapport à l'absentéisme pour des remplacements.

Pas beaucoup, on a tellement le nez dans le guidon. On court après le temps. Malheureusement c'est des formations qui passent à l'as. J'ai été à certains moments sur les congrès de directeurs de soins. Je n'ai pas fait de master contrairement aux autres.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : énorme. Le travail d'équipe avec le chef de pôle et en même temps avec tous les cadres avec les cadres sup. Ce sont des journées de 10 à 12 heures. Implication très forte. Je suis le budget. Je travaille avec le cadre gestionnaire.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse la fatigue, la charge mentale. Enorme charge mentale, des ordres et contre ordres, la communauté médicale n'est pas toujours faciles. Ils n'acceptent aussi la gouvernance et qui réclament à cor et à cri, refusent la centralisation, la gouvernance. Les personnels aussi. « Je veux tout, pas faire des nuits, je ne veux pas telle unité ». Il y a aussi la concurrence du privé qui propose 300 à 400 euros par mois. Ils nous arrachent nos compétences.*

Des injonctions paradoxales sont des ordres et contre ordres que j'ai dit tout à l'heure avec l'ARS et la direction de l'hôpital, de la direction avec les cadres de pôles.

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : par le management des cadres. Par des réunions. Je fais aussi de retours sur la commission de soins… Je m'assure qu'ils connaissent le projet d'établissement. On a mis des conseils de service qui nous permettent d'informer. On a mis une petite gazette…*

.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : *un stratège, expert de la communication et de la négociation. Un binôme cadre sup de pôle et chef de pôle très soudés.*

Relance *:* Et comment vous le voyez dans le GHT ?

Réponse : c'est compliqué. Le GHT pour nous c'est très éloigné. On va quand-même travailler une autre pour partager et mutualiser certaines compétences. Les projets médico-soignants communs. Il peut avoir un terrain riche. Conduire des projets communs et la complémentarité d'expertise médicale et paramédicale.

ENT19

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : euh alors en mutations externes je dirais que les coopérations médico-soignantes avec les autres établissements de proximité et le GHT. En interne, le GHT avec toutes les normalisations de la certification. En interne le plan de retour à l'équilibre de l'établissement, la coopération de directions avec un autre établissement, direction partagée on va dire. Voilà !*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : une vision plus large du management ne se fait pas au niveau au niveau de l'établissement, d'un pôle avec d'autres établissements en termes de qualité, de direction.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser vos pratiques ?

- *Réponse : les politiques générales, les projets de l'ARS, par le GHT, les projets qu'on peut avoir d'autres établissements*.

.

Là on est en pandémie, du coup avec une façon de travailler, de gérer les disponibilités de lits avec les autres établissements. La coopération à travers du parcours patient en EHPAD vers le centre hospitalier ou vers le domicile. On travaille aussi avec les intervenants extérieurs sur les projets communs. Toutes les coopérations du territoire. C'est l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur. Je dois travailler avec d'autres personnes différentes. On instaure des projets avec ces d'autres centres hospitaliers. On fait des coopérations médico-soignantes. Auparavant, on ne faisait pas de projets avec eux, là on instaure le parcours du patient.

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : le regroupement. Une lourdeur et une complexité dans les investissements. La dimension du GHT.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: faire avancer les projets les plus souples en termes de dynamique de pôle à pôle. Maintenir un lien avec le GHT par rapport aux possibilités que peut offrir un CHU qui est un établissement support. Accéder aux projets déjà avancés.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse: d'une façon générale par mes capacités d'analyse, par l'approche relationnelle des personnes, des capacités d'organisation et de priorisation.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : vision positive, nécessaire, apporte des éléments contradictoires, complémentaires de fois, un enrichissement en termes de travail, de relativiser nos difficultés, de valoriser les actions mises en place. La transversalité c'est la capacité à élaborer des projets, à travailler avec différentes personnes sur des problématiques différentes.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

.

- *Réponse* : *euh quelques formations sur les cadres de pôle de deux jours trois fois. Une formation sur l'éthique et management, de management intergénérationnel*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse* : *je me sens impliquée dans ce que je fais à 100%*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse l'avancée de certains projet, le sentiment d'être utile. Le travail de collectif cadre et la direction.*

Ce qui viendrait entraver c'est la méconnaissance du travail de cadres par des médecins, les gens avec qui on travaille.

Parfois le quotidien des managers en termes d'injonctions paradoxales. Malgré ces injonctions on favorise les petits pas, à faire partager. Avec le Covid, toutes les notes qu'on reçoit, il faut prendre du recul.

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : expliquer et surtout donner du sens, mettre du concret. Faire en sorte que tout le monde puisse comprendre le sens du projet.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : ouvert sur les autres établissements. Sur un petit établissement en termes de recrutement. Travailler avec d'autres établissements. C'est avoir de l'ouverture sur la ville.

Relance : Et comment vous le voyez dans le GHT ?

.

Réponse : collaboratif, c'est la capacité à partager. Rester sur les échanges et partager des savoirs, de connaissance. Je le vois sur les filières de soins, de cardiologie, de psychiatrie…

ENT20

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : je dirais le management institutionnel. Les modalités managériales qui se sont modifiées au fur et à mesure des années. Le management institutionnel et financier.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : une temporalité qui s'est modifiée. On demande que les projets se fassent en moins d'un mois. La relation avec les partenaires sociaux. Les relations tendue et difficiles. Ils remettent en cause le travail de l'encadrement.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser vos pratiques ?

- *Réponse : je pense que c'est les temps d'échanges avec les cadres, de prendre le temps d'analyser les pratiques. Ça pourrait faire évoluer mes pratiques.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : la non confiance ou la manifestation de l'absence de confiance.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: euh le management des cadres de santé, la gestion prévisionnelle des compétences, la gestion de projets.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

.

- *Réponse:* *tous les jours c'est être cadre sup et cadre de pôle c'est la filiation de ce que nous menons tous les jours. On est des soignants avant tout. On a ce regard de certaines valeurs des soins. Les décisions ne sont pas toujours en lien avec des valeurs professionnelles.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : A l'articulation de manière plus large à l'institution. La transversalité est dans les gènes. Elle est au carrefour de la prise en charge des patients. Une transversalité en « D ». La transversalité avec les directions, entre les pôles, entre les équipes elles-mêmes…*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : oui j'en ai eu une. Je me rappelle plus du nom. C'était une formation de manager sur trois jours lors de la prise de fonction. Comment manager les équipes des cadres.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : au quotidien, 350%.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : l'énergie des cadres et les équipes paramédicales. De sentir qu'ils ont envie de s'engager. La violence et le rapport avec certains professionnels et les syndicats peuvent entraver.*

Surtout les injonctions paradoxales qui sont quotidiennes.

.

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : beaucoup de patience et d'engagement. Dire les choses avec beaucoup de respect dans les relations au travail. Proposer de travailler sur les modalités de recrutement sur le centre de régulation SAMU du Centre 15.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : euh, je pense que je le vois avec moins d'autonomie. Il travaille en partenariat avec une écoute sur les orientations stratégiques. Un quadrinôme fort en RH et financière. Le sentiment d'appartenance à un pôle n'existe pas trop dans la tête des personnels.

Relance : Et comment vous le voyez dans le GHT ?

Réponse : aucune vision dans le GHT. La problématique du CHU est que rien ne se passe en dehors du CHU. On n'est pas le centre du monde dans un CHU. On est dans les filières de patients, dans le parcours patient.

ENT21

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : évolution au niveau des mentalités des personnels de santé, évolution de patients qui deviennent plus graves. Au niveau RH une évolution des professionnels paramédicaux avec un rapport au travail qui est modifié, un système de zapping qui fait qu'au bout de six mois les personnels ont envie de changer de service. Une évolution sur la place du privé dans le travail dans le travail. Rapidité d'intégration dans le système, une précarisation du personnel aide-soignant, une situation financière difficile.*

.

Une tension sur les places : il faut attendre trois jours pour hospitaliser des patients en urgence. Le processus de direction est long. La crise Covid que l'hôpital a connu.

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : adaptation du management des nouvelles générations. Le système autoritaire ne marche plus. L'évolution managériale avec la souplesse. Il y a aussi les conséquences au niveau RH*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser vos pratiques ?

- *Réponse : la bienveillance, le temps. Le système évolue vite.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : urgence, les situations de crise*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: le pôle des spécialités médicales*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse: À la fois il m'aide pour une lecture très rapide. De l'autre ça m'empêche de prendre une distance. Je ne répondrai pas de façon tranchée. Les avantages une compréhension très rapide. Les inconvénients c'est des filtres dans le secteur qui nous empêche d'avoir une vision neutre.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : la transversalité cherche à compenser les manques.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : j'ai eu des formations à Paris sur le projet cadre, sur le management.*

.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse* : *très importante*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : du travail en plus, la motivation. Il faut être très motivé pour avancer. L'ambiance au travail. On vous dit qu'on va vous former, il faut mettre en place une telle organiser, on va vous former alors que la formation n'est pas encore faite*

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : ça passe par la dynamique d'équipe, ça passe par la communication. C'est de l'accompagnement et de la bienveillance.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : je pense qu'il n'en aura pas. Il va disparaître. L'institution ne le reconnaît pas. Je ne sais pas si demain il y en aura encore. Peut-être il sera fort des propositions dans l'organisation de l'hôpital de demain.

Relance : Et comment vous le voyez dans le GHT ?

Réponse : je ne vois pas sa place. Je vois en termes de formation et partage d'expérience.

ENT22

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : les évolutions des périmètres des pôles, les changements de la direction des soins, des ressources humaines jusqu'au changement de directeur de l'établissement.*

.

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : une gestion de périmètre plus large avec plus de responsabilités. Il y a également de changement avec un nouveau site de consultations avancées ou externes dont je m'occupe.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser vos pratiques ?

- *Réponse : c'est mon environnement professionnel. C'est à dire des partenaires de travail. Il y aussi la suppléance qu'on peut avoir. C'est à dire les aides. Le télétravail est facilitant aussi.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : les relations avec le supérieur hiérarchiques, les conditions d'exercice tout simplement.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: mon champ d'action est large. Elle part des consultations externes à la gestion de services, du pôle en lui-même.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse: c'est intrinsèquement lié. Cette expérience me permet d'identifier certains partenaires et comment je dois travailler avec eux. Je sais les besoin d'un patient. Ça me sert au quotidien dans mon travail.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : pour moi la transversalité est une vision positive dans la mesure où ça élargie des compétences et nos connaissances. Je peux travailler avec les partenaires de villes, des kinés...*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

.

- *Réponse : oui, j'ai fait une licence. Euh après j'ai fait des formations de gestion de pôle, des formations de management ponctuelles. Je n'ai pas eu de formation continue depuis que je suis à ce poste.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : c'est mon supérieur n+1 qui peut répondre à cette question. On est obligé de s'impliquer. On n'a pas de choix.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : je dis toujours c'est par rapport aux collaborations qu'on peut avoir avec ses partenaires. Si les partenaires ne sont pas disponibles ou on sent une incompréhension, ça pourrait l'entraver. Ce sont des relations avec ses collègues qui font qu'on se sent impliquées. Non, je n'ai pas eu d'injonctions paradoxales en tant cadre de pôle.*

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : je pense que c'est déjà donné un but à l'action qu'on va mener. C'est surtout aussi comment ça s'inscrit aussi dans une dynamique d'établissement. C'est essentiel pour eux de comprendre et quel est l'objectif de l'établissement.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : ils sont censés se tourner vers les réseaux de ville, de l'extérieur. Bien sûr en établissement et aussi avec des liens de plus en plus avec la ville.

.

ENT23

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse* : *je pense que ce sont des restructurations liées à la nouvelle gouvernance. Tout est parti de là. Ces restructurations ont engendré les autres mutations comme la tarification à l'activité*

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier ?

- *Réponse* : *il y a eu des modifications des périmètres d'actions, des pôles voire des regroupements au niveau des pôles.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse :* *je m'occupe du pôle chirurgie et de la réanimation*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse :* *étant cadre de santé de proximité avant, je connais déjà les problématiques qui existent à ce niveau d'encadrement. Cela m'aide beaucoup dans la mise en musique des actions et projets.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse* *: la transversalité pour moi c'est la collaboration entre pôles, entre services. Nous avons des projets qui peuvent concerner différents pôles. Pour cela nous devons travailler en collaboration entre les cadres de santé de pôles, avec la direction des soins.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse* : *j'ai eu une formation de 3 jours qui concernait ma mise en fonction de cadre de pôle. En dehors de cette formation je n'en ai pas eu d'autre. Je pense que nous n'avons pas le temps car nous avons le nez dans le guidon.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse* : *mon degré d'implication est total. Je ne compte pas mes heures. Je commence tôt et je termine souvent tard.*

.

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse* : *je me dois de leur apporter les tenants et les aboutissants de mes actions, des projets. J'organise des réunions au cours desquelles je passe à l'explication. Je suis dans la communication avec mes équipes.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : *dessinez le cadre de santé de pôle ? Comment ça ?*

Je pense que les cadres de pôle vont avoir demain de grosses responsabilités au niveau du pôle. Je pense qu'ils vont s'occuper des filières de soins.

ENT24

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse* : *les grandes mutations ce sont des restructurations que l'hôpital a connues ces dernières années. On a vu que les agences d'hospitalisation passer en agences sanitaires.*

.

À mon niveau ce sont ces restructurations qui ont apporté des modifications au sein de l'organisation hospitalière.

→Relance : Quels sont les changements induits par ces mutations externes ou internes sur votre organisation et sur votre métier

- *Réponse :* *ces changements ont induit des tensions, surtout au niveau économique et de la gestion des ressources humaines*. *Du coup on a vu nos demandes RH souvent rejetées.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse :* *euh mon périmètre d'action, c'est la chirurgie-anesthésie.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse :* *mon expérience me permet d'avoir une vue d'ensemble.* *Il faut dire qu'avant j'étais infirmière en chirurgie. Tout cela aide. Je crois que si je n'avais pas fait chirurgie avant j'aurais eu certainement des difficultés. Après j'ai été cadre de santé de proximité, toujours en chirurgie. Je connaissais le terrain.* *Oui cela a contribué de beaucoup et contribue toujours dans ma façon de gérer le pôle.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse :* *la transversalité pour moi c'est le partage des connaissances entre cadres de pôles.* *On travaille le projet d'établissement en transversalité. Oui c'est le partage.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- Réponse : *euh, il est prévu que je fasse une formation sur la gestion de pôle. Je n'en ai pas eu avant.*

.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

Réponse : elle est plutôt importante. Je suis en gestion au quotidien des cadres de santé de proximité. Je les aide quand ils rencontrent des difficultés. On travaille beaucoup dans notre pôle et avec d'autres pôles voire avec la direction des soins.

Question 5 : comment vous vous prenez pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : je dois m'approprier du projet. Ensuite je rentre dans la phase de communication et d'explication. Parfois, je fais recours aux cadres de proximité pour être mes relais lorsque le projet concerne le service.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : je pense qu'il sera surtout un gestionnaire économique et surtout dans les parcours de soins. Je crois que l'institution compte beaucoup sur les cadres de pôles pour la gestion et l'organisation des services, bien entendu avec les cadres de proximité.

ENT25

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : je pense que l'hôpital connaît depuis longtemps des grandes mutations. Il y a des restructurations liés à différentes reformes du genre de la réforme sur la modernisation du système hospitalier.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : beaucoup de changements, notamment au niveau des directions et des restrictions RH importantes. Il y a eu des réorganisations des équipes à tous les niveaux.*

.

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer vos conditions ?

- *Réponse : il me faut des moyens tant en RH qu'en matériel. Nous avons de plus en plus de l'absentéisme. Et remplacer des personnes en arrêt maladie est forcément quelque chose de favorable pour l »encadrement.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- Réponse : *ne pas avoir ces éléments que je viens de citer : remplacement des personnes absentes. Autre chose, c'est la reconnaissance de la part de la directio* .

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: mon périmètre d'action se situe au niveau des urgences.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse: La connaissance du terrain est primordiale. Moi je dirais que mon expérience à tous les postes m'a beaucoup aidé et m'aide encore, même si je n'exerce pas les mêmes fonctions.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : pour moi la transversalité c'est envisager des liens entre l'ensemble des équipes. C'est être le trait d'union.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : j'ai eu comme tous les cadres de pôle une formation à la prise des fonctions. Elle a duré 3 jours. C'est tout.*

.

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : je suis totalement dans le management. J'encadre mon équipe. Mon est implication est à 100 %.*

- *Relance : Avez-vous eu des injonctions paradoxales ?*

- *Réponse : bien évidemment. C'est le quotidien du cadre. Cela ne permet pas la bonne marche des choses. On fait des « va et vient ». On dirait même que les gens qui nous dirigent sont perdus tellement qu'ils donnent des ordres et contre ordres.*

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : je travaille en collaboration. J'explique toujours par le biais des réunions. Je me dois de maintenir la communication au sein de mes équipes.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle demain ?

Réponse : je pense qu'il doit s'adapter aux organisations et surtout il doit se tenir informé de tout ce qui se passe dans son environnement.

ENT26

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : en interne les changements de direction.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : ces changements ont entraîné des changements de stratégie. Les méthodes de travail ont également changé. Il faut s'adapter.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer vos pratiques ?

.

- *Réponse : je pense que les conditions de travail doivent être de premier plan. Et ensuite répondre aux demandes en formation des personnels, bien sûr dans la limite des finances.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- Réponse : *le manque de formation. Ne pas répondre aux besoins des personnels peut au bout d'un moment être un frein.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: Urgences, imagerie et la pharmacie. C'est un bon périmètre.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse: c'est une expérience qui me sert toujours. C'est important de connaître ce que les agents font, leur travail.*

J'ai pris le temps de connaître, même les métiers d'imagerie comme la pharmacie. Je me suis mis. Le secteur des urgences ne me pose pas de problème car je suis issu de la filière. Dans tous les cas, je pense qu'il y a un lien. Je me réfère aux pratiques managériales que j'ai effectuées en tant que cadre de proximité.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : la transversalité se situe sur le plan des projets institutionnels. On doit se concerter et imaginer des solutions ensemble. C'est ce que j'appelle la transversalité.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : une formation de prise de poste, d'adaptation à l'emploi sur trois jours.*

Question 4 : quelle est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse* : *je suis très investi dans mes fonctions. Même quand je suis absent mes équipes savent qu'elles peuvent me joindre*.

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : je pense que le changement d'interlocuteur peut entraver. La bonne entente avec ses autres responsables de pôle permet de travailler en harmonie. Quant aux injonctions paradoxales c'est notre quotidien. Et c'est usant.*

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : j'essaie d'expliquer encore et encore jusqu'à ce que les équipes se l'approprient. Rien ne vaut la communication.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : il sera incontournable. Il aura beaucoup à faire pourvu qu'on lui des moyens. Je le vois dans les filières de soins.

ENT27

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : je dirais la crise sanitaire, les restructurations qui ont limité nos moyens.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

.

- *Réponse :* *un gros impact au niveau RH*. *On ne pouvait plus embaucher comme on le faisait avant. Heureusement la crise sanitaire est arrivée. Je ne sais pas si je peux dire ça. Mais ça a permis d'étoffer les équipes pour faire face au Covid.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer vos pratiques ?

- *Réponse :* *donner la possibilité des contrats à durée déterminée à devenir indéterminée. C'est justement la question de l'embauche et des conditions de travai* .

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse :. J'ai répondu en quelque sorte à cette question. C'est le manque de personnel et les mauvaises conditions de travail*.

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse:* *je m'occupe de médecine et de la chirurgie. C'est un périmètre assez costaud.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse:* *je ne peux pas dire que l'expérience du passé ne sert pas. La méthodologie du travail reste la même*.

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : ma vision de la transversalité est le travail en collaboration, surtout sur les actions qui concernent l'établissement. Je fais allusion au projet d'établissement.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : je pense que je suis bien engagé dans mon travail. C'est question pour ma hiérarchie ça.*

.

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : mon bureau est très restreint. Sans blague je dirais que c'est le temps. Il me manque du temps pour tout faire. Et les mauvaises langues disent que c'est parce que je m'organise mal.*

- Relance : est-ce que vous pouvez me parler des injonctions paradoxales de votre hiérarchie ?

- *Réponse : ah oui ! Souvent. C'est notre quotidien. On a l'impression de ne plus avoir de pilote dans l'avion. C'est une représentation, mais c'est vrai !*

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : Euh, je commence par expliquer. Après je fais participer tout le monde. Chacun doit avoir sa tâche. Je suis dans du management participatif.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : je pense qu'il sera la personne qui va s'occuper de filière de soins. Il faut faire la distinction entre la filière qui est liée à l'individu et le parcours de soin était lié à l'hôpital. Dans tous les cas, le cadre de pôle demain sera spécialisé dans l'un ou l'autre domaine. Je veux dire dans la filière de soins ou le parcours de soins. Il pourra aussi contribuer aux restructurations futures.

ENT28

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel interne et externe ?

- *Réponse : il y a eu plusieurs réformes ces derniers temps. Ce que j'ai retenu c'est la tarification à l'acte et la modernisation de la santé qui a restructuré l'hôpital de fond en comble.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : c'est la réduction des personnels qui a été plus marquant. On peut ajouter les réductions budgétaires.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer vos pratiques ?

- *Réponse : avoir les ressources suffisantes pour pouvoir mener ses projets et du personnel adéquat.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- Réponse : *je dirais le manque de ressources et particulièrement les ressources humaines.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: je suis cadre de pôle médico-technique. Il regroupe l'imagerie, la pharmacie et le laboratoire.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse: Je pense qu'il y a toujours un lien entre son ancienne profession et l'actuelle, surtout dans le domaine de management. Quand on a été cadre de proximité, on a les mêmes réflexes managériaux et principalement le management participatif.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : la transversalité pour moi c'est de la coopération sur les actions qui impactent un grand nombre de domaines, un grand nombre de services. On a des actions qui peuvent concerner aussi bien les services administratifs que soignants.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : l'établissement a envoyé tous les cadres de pôle qui venaient d'être nommés en formation pour la prise de fonction. Je crois qu'on avait fait trois jours de formation. Il n'y en a pas eu d'autres.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : mon implication est totale, même quand je ne suis pas présent dans le service.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : le manque de reconnaissance de la part de la direction et aussi l'ingratitude de certains personnels. Cela peut me décourager. Les injonctions paradoxales, vous savez que notre quotidien. On arrive à prendre une voie claire. Des injonctions entre l'ARS et la direction de l'hôpital qui se contredisent souvent. C'est démoralisant.*

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : j'organise des réunions. Je communique avec l'ensemble des équipes. C'est tout.*

.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : j'ai du mal à le situer dans l'avenir parce que je pense que les cadres de pôle n'existeront plus. Mais s'ils doivent exister, je les vois dans l'organisation des parcourt de patients.

ENT29

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel internes et externes ?

- *Réponse : si je parle du moment, je dirais que c'est plutôt la crise sanitaire. On a dû modifier nos organisations. Plus en amont, je parlerais plus de la réforme de la modernisation de la santé qui a apporté plusieurs restructurations au niveau architectural que soignant.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : des économies dans tous les sens. Mais la crise sanitaire a changé les priorités. On était obligé de recruter pour faire face.*

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles d'améliorer vos pratiques ?

- *Réponse : avoir des ressources et les conditions de travail. Les syndicats font remonter ces aspects à la direction, mais ça ne bouge pas.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : c'est ça le manque de ressources humaines. Il nous faut un bon plateau technique parce qu'on couvre un grand territoire.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: je suis cadre de pôle de la médecine et de la chirurgie.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse:. Oui cette expérience est utile. Je ne dis pas que celui qui n'a pas cette expérience ne peut pas encadrer. Mais il lui faudra mettre du temps pour comprendre.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : c'est participer aux actions transversales. C'est à dire des autres secteurs que le tien. Réfléchir sur les problématiques et trouver des solutions*.

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse : c'est la formation que l'établissement offre aux nouveaux cadres de pôles. J'en ai eu. En tant que vieux cadres j'ai usé du benchmarking, parfois à mon initiative*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse : mon implication, je dirais majeure. Je passe avec mes collègues beaucoup de temps à l'hôpital. La direction nous sollicite énormément.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse : les moyens. On ne peut attendre autre chose de l'hôpital.*

- Relance : est-ce que vous pouvez me parler des injonctions paradoxales de votre hiérarchie ?

- *Réponse : tout le temps. Je ne connais pas un cadre qui n'ait jamais connu des injonctions paradoxales. C'est vraiment fatiguant.*

.

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse : je m'approprie du projet. Je communique autour du projet, avec la participation des cadres de proximité. On établit un rétroplanning.*

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : il aura un rôle transversal. C'est ce qu'il fait maintenant. Je pense que cela va s'accroître avec l'élargissement des périmètres. Pourquoi ne pas penser qu'il va s'atteler aux filières de soins ?

ENT30

Question 1 : quelles sont les principales mutations liées à votre environnement professionnel internes et externes ?

- *Réponse : pour moi, c'est la crise sanitaire qui a poussé les établissements à revoir leurs organisations. En dehors de ça c'est la mise en place des pôles qui a occasionné différentes restructurations.*

→Relance : qu'est-ce que cela induit ?

- *Réponse : la crise sanitaire a beaucoup marqué les personnels. On a changé des organisations jusqu'à doubler sur certains postes. Elle nous a permis de revoir nos savoirs faire.*

La mise en place des pôles reste un champ à travailler. La délégation au niveau des pôles n'est pas effective. Pour pallier, on met des organisations je dirais bancales en place.

→Relance : quelles sont les conditions susceptibles de favoriser vos pratiques ?

- *Réponse* : *pour améliorer les pratiques, il faut absolument changer de plateau technique en imagerie. On a certaines salles qui ne sont plus fonctionnelles légalement et qu'on continue à utiliser. En tout cas il faut améliorer les conditions de travail.*

→Relance : quels sont les freins potentiels à l'évolution de vos pratiques ?

- *Réponse : les conditions de travail défavorables. Il y en a d'autres mais celles que je veux pointer ce sont les conditions de travail.*

Question 2 : quel est le périmètre de votre action ?

- *Réponse: Je suis cadre de santé de pôle qui couvre toute l'imagerie, partant de l'imagerie conventionnelle, l'imagerie de coupe, la médecine nucléaire.*

→Relance : quel rapport existe-il entre votre ancienne profession et celle que vous exercez maintenant ?

- *Réponse: quand on est cadre de pôle d'imagerie, il est conseillé de venir plutôt de cette filière de profession. Il faut la connaissance du matériel, la maîtrise des organisations. C'est tout à fait normal qu'il existe un lien entre mon ancienne profession et celle que j'exerce aujourd'hui en ma qualité de cadre supérieur de santé de pôle. J'ai exercé la fonction de cadre de santé de proximité ici. Je connais bien les organisations. En devenant cadre supérieur de pôle, cela m'a semblé une évidence.*

Question 3 : quelle est votre vision de la transversalité ?

- *Réponse : l'imagerie est forcément transversale. Tout le monde qui passe à l'hôpital passe à un moment ou un autre par l'imagerie. C'est un carrefour, à la croisée des chemins. On travaille avec les services de l'établissement sur les protocoles de prise en charge, sur les problématiques de fléchage des parcours patients.*

→Relance : quelles formations continues avez-vous suivies ?

- *Réponse* : *j'ai eu une fois la formation sur le pilotage d'un service d'imagerie.* *Cette formation concernait à la fois la gestion des secrétariats mais aussi les postes de manipulateurs. Comment optimiser ces différents postes de travail.*

Question 4 : quel est votre degré d'implication dans actions quotidiennes ?

- *Réponse* : *j'ai un grand pôle que je manage. Forcément mon implication est grande* *sinon ça ne sert à rien d'être cadre de ce pôle. C'est une fonction qui nécessite l'investissement personnel.*

- Relance : Qu'est-ce qui viendrait entraver ou encourager cette implication et avez-vous eu des injonctions paradoxales ?

- *Réponse* *les moyens économiques et financiers pour faire face à l'absentéisme*. *Le manque de ces deux moyens peut constituer un frein.*

Question 5 : comment vous y prenez-vous pour faire adhérer vos équipes à votre action au quotidien, aux projets du service, du pôle ?

- *Réponse* : *je présente le projet. Je laisse les agents s'exprimer. Je m'assure de l'appropriation du projet par les équipes. Je trace la conduite à tenir, un rétroplanning. Voilà,* *c'est important de privilégier la communication dans ces moments*.

Question 6 : pouvez-vous me dessiner le cadre de santé de pôle de demain ?

Réponse : *je pense qu'il sera incontournable. Il sera pour la direction ce que l'interne est pour son senior. Il sera l'homme à tout faire, que ce soit en interne ou en à l'extérieur.*

Il s'occupera entre autres des filières des soins, des parcours patients. *Mais ça sera difficile pour lui si on ne lui donne pas les moyens pour être plus autonome.*

.

Analyse quantitative

CODES – CATEGORIES	OCCURRENCE	Ratio (%)
RES001-Restructurations	28	9.1 %
CM002- conséquences des mutations	23	7.5 %
CS003- Crise sanitaire sanitaire	8	2.6 %
PA004-périmètre d'action	28	9.1 %
EXP005-Expérience	17	5.5 %
TCOOCO006-Transversalité :coopération, collaboration	29	9.5 %
FR007-Freins	48	15.6 %
CER008-Communiquer, expliquer, réunion	33	10.8%
FS-PS009-Filières de soins, parcours de soins	20	6.5 %
IM010-Implication	26	8.5%
FOR011-Formation	27	8.8 %
CFP012-Conditions favorables aux pratiques	20	6.5 %
TOTAL	307	100 %

LISTE DES ILLUSTRATIONS

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Tableau 1 : organisation de l'hôpital avant et après la loi HPST 14

Tableau 2 : ossature de la recherche 15

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

Figure 1 : représentation des échanges par le canal hiérarchique 46

Tableau 3 : effectifs des cadres hospitaliers 47

CHAPITRE III

Tableau 4: formation des cadres de santé : procédures d'évaluation et de notation58

Tableau 5 : tableau synthétique des concepts et des auteurs 69

Figure 2 : théorie de l'expertise professionnelle 74

Figure 3 : pyramide des besoins 106

Figure 4 : les facteurs influant sur le comportement au travail d'après Herzberg 108

Figure 5 : perspective en oignon des systèmes de santé (modèles micro-meso-macro) 114

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE IV

Tableau 6 : quatre types de scénarios 136

Tableau 7 : cinq caractéristiques de la prospective 141

.

Tableau 8 : grille des entretiens semi-directifs 143

Tableau 9 : atouts, limites et étapes des entretiens semi-directifs 146

CHAPITRE V

Figure 6 : profil des répondants 150

Figure 7 : pôles d'appartenance des interrogés 151

Figure 8 : part de chaque questions dans les entretiens 152

Figure 9 : nuages de mots dans les principales mutations internes et externes 153

Figure 10 : orientation des avis dans les principales mutations internes et externes 153

Figure 11 : classification et verbatims des principales mutations internes et externes 154

Figure 12 : nuage de mots du périmètre d'action 155

Figure 13 : orientation des avis sur le périmètre d'action 155

Figure 14 : classification et verbatims sur le périmètre d'action : 156

Figure 15 : nuage de mots sur la vision de la transversalité 157

Figure 16 : orientation des avis sur la vision de la transversalité 157

Figure 17 : classification et verbatims de la vision de la transversalité 158

Figure 18 : nuage de mots sur le degré d'implication dans les actions quotidiennes 159

Figure 19 : orientation des avis sur le degré d'implication dans les actions quotidiennes 159

Figure 20 : classification et verbatims sur le degré d'implication dans les actions quotidiennes 160

Figure 21 : nuages des mots sur l'adhésion des équipes aux actions et projets 161

Figure 22: orientation sur l'adhésion des équipes aux actions et projets 161

Figure 23 : classification et verbatims sur l'adhésion des équipes aux actions et projets 162

Figure 24: nuage de mots sur le cadre de santé de pôle de demain 163

Figure 25 : orientation des avis sur le cadre de santé de pôle de demain 163

Figure 26 : classification et verbatims sur le cadre de santé de pôle de demain 164

Figure 27 : Théorie VIE-Vroom 177

Figures 28 : nombre de personnes ayant répondu au questionnaire prospectif

(début des figures du questionnaire prospectif) 184

Tableaux 10: le cadre de santé de pôle saura faire face à de nouvelles mutations

internes et externes (début des tableaux du questionnaire prospectif) 186

Tableau 11 : modèle d'impact sur l'organisation des soins 187

Figure 108 : répartition des avis sur la 80ème question

(fin des figures du questionnaire prospectif) 284

Tableau 90 : la gestion des ressources humaines se fera en partenariat

avec la direction (fin des tableaux du questionnaire prospectif) 284

Schéma 1 : représentation du *focus group* 286

Encadré 1 : crise sanitaire et transformation du travail 292

Schema2 : Qualité des soins 307

Tableau 91 : Architecture générale de la recherche 315

BIBLIOGRAPHIE

Aguilhon, C. (2003). Les diplômes-expériences : complémentarité ou concurrence. Le cas de l'hôtellerie

Alain. (2009). Motivation-la théorie de 2 deux facteurs de Herzberg.

Alves, S. (2016). L'impact des pratiques de la formation sur la légitimité. Revue Française.

Alves, S. (2014). L'impact de la formation sur la légitimité de la GRH.

Amblard, H. & Bernoux, P. & Herreros, G & Livian, Y-F, (1996). Les nouvelles approches sociologiques des organisations.

Arborio, A-M. (2007). L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos des travaux de recherches sur le terrain hospitalier.

Arnoux, P. (2011). La mastérisation de la formation enseignante.

Arveiller, J-C et Tizon, P. (2016). Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ?

Aubry, K. (2019). Les injonctions paradoxales en entreprise.

Barbier, J-M. (2018). Savoirs, connaissances, capacité, compétences : une question sociale et politique.

Baur, M. et Noire, D. (2004). Les nouveaux enjeux de la formation à l'hôpital

Belanger, L et Mercier, J. (2006). La théorie des organisations.

Bensebaa, F. & Autissier, D. (2011). Les modèles de management : une étude exploratoire des discours des organisations. Management & avenir, n°42.

Benner, P. (2010). De novice à expert. Excellence en soins infirmiers.- Bernoux, P. (1985). Pouvoir et autorité.

Boiral, O. (2004). Mettre en œuvre ISO 14001 : de la quête de la légitimité à l'émergence d'un « mythe rationnel ». AIMS (association internationale de management stratégique).

Bouquet, B. et Jaeger, M. (2014). « Introduction ». vie sociale, n°8.

.

Bouquet, B. (2014). La complexité de la légitimité. Vie sociale.

Boyer, L et Scouarnec, A. (2009). La prospective au service de la GRH et du management

Boyer, L et Scouarnec, A. (2010). Quel management demain ? Pages 227 à 230.

Boyer, H. (2010). La fonction de cadre de santé, pages 62 à 69.

Buisson, M-L. (2005). La gestion de la légitimité organisationnelle : un outil pour faire face à la complexité de l'environnement ? Management & Avenir.

Buisson, M-L. (2008). Légitimité et sciences de gestion : état des lieux et perspectives. Humanisme et Entreprise.

Brun, J-P et Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens, pages 79 à 88

Cadet, J-P. (2009). L'avenir appartient à ceux qui savent anticiper.

Calvez, C. (2016). La loi de modernisation de notre système de santé. Dossier documentaire.

Catanas, M. (2003). Quelques notions sur le pouvoir et l'autorité.

Carmall, Colin. (2002). Managing change in organizations, 4th edition, Prentice Hall.

Castoriadis, La montée de l'insignifiance, Seuil, 1996.

Catanas, M. (2008). Evolution socio-historique de la fonction cadre.

Chauveau, B. (2011). De la standardisation à la formation.

Chevalier, F. (2015). Dans la création de connaissances par les managers, pages 281 à 294.

Claude, G. (2021). Le focus groupe (groupe de discussion) : caractéristiques et exemples.

Coenen-Huther, J. (2005). Pouvoir, autorité, légitimité.

Coulet, J-C. (2016). Compétences, compétences transversales et compétences clés : peut-on sortir de l'impasse ?

Coulet, J-C. (2016). Les notions de compétences et de compétences clés : l'éclairage d'un modèle théorique fondé sur l'analyse de l'activité.

.

Coulet, J-C. (2011). La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences.

Courtel, Y. (2008). La lutte pour la reconnaissance dans la philosophie d'Axel Honneth

Crombez, S. (2010). La compétence, fondement de la légitimité de l'expert et de la décision prise. Anales des mines-Responsabilité et environnement.

Cret, B. (2013). Les écoles de management face aux accréditations : contrôle et dépendance.

Crozet, P, Kaaniche, A et Lienard, J. (2008). Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources.

Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). L'acteur et le système, Editions du Seuil, Paris -Daele, A. (2009). Les communautés de pratique. In J-M. BARBIER, BOURGEOIS.

Dauphin, S. (2011). Théories du management. Informations sociales n°167.

De Gaulejac, V. La société malade de la gestion, Seuil, 2005.

Dejoux, C. (2016). Du management au leadership agile. Collection : les Topos, DUNOD.

De Lavergne, C. (2012). Structure et dynamique des organisations.

Delebecque, B. (2009). Les théories du management.

De Singly, C. (2009). Rapport de la mission des cadres hospitaliers, Ministère de la santé et des sports.

Dessinges, C. (1998). Synthèse bibliographique : le concept de pouvoir dans les organisations.

B Divay, S et Gadéa, C. les cadres de santé face à la logique managériale.

Domin. J-P. (2016). La réforme de l'hôpital public – un management sans ménagement.

Domin, J-P. réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politiques hospitalière (1983-2013).

Domy, P., Moulin, G., Frechou, D., Martineau, F., Muller, C. (2014). Rapport des conférences hospitalières à Mme La Ministre des Affaires Sociales de la Santé.

.

Dorai, M. (2005). Concept de soi, représentations et parcours scolaires d'enfants de migrants. Un exemple d'analyse de segmentation.

Dumond, J-C. (2003). Les conflits de pouvoir à l'hôpital

Durand, R. & Gomez, P-Y & Monin, P. (2006). Le management stratégique face à la théorie des options.

Durat, L. et Bollecker, M. (2012). La légitimité managériale : le cas des directeurs généraux des services.

Duru-Bellet, M. et Tenret, E. (2014). L'emprise de la méritocratie scolaire : quelle légitimité ?

Endrizzi, L. (2015). Le développement des compétences en milieu professionnel.

Ferguene, A. (2014). Le New Public Management et la réforme de l'hôpital public en France avec la loi HPST.

Feuillet. L. (2011). Performance de la gestion des ressources humaines : indicateurs et tableaux de bord pour la mesurer.

Fraisse-D'Olimpio, S. (2009). Les fondements de la théorie du capital humain.

Gauthier , E et Voynnet Pourboul, C. (2013). Les outils d'accompagnement au leadership.

Gauthier, J-C. (2009). Le cadre de santé est-il un manager comme les autres ?

Gimbert, L. la prospective : pour un retour aux fondamentaux, Management et Avenir, 2004/2 n°2, p83-85.

Glée, C. et Scouarnec, A. (2009). Plaidoyer pour une gestion humaine des transitions professionnelles ou : ne plus subir mais choisir ! Page 1 à 13.

Granger, R. (2021). Management : donner de sens au travail..

Graziani, M. (2014). L'impact de la normalisation sur le management de l'entreprise.

Grundstein, M. (2002). Le management des connaissances dans l'Entreprise.

.

Gueguen, H. (2014). Reconnaissance et légitimité. Analyse du sentiment de légitimité professionnelle à l'aune de la théorie de la reconnaissance. Vie Sociale.

Guillard, A. et Roussel, J. (2010). Le capital humain en gestion des ressources humaines : éclairages sur le succès d'un concept.

Hamel et Prahalad (1995). La conquête du futur, Inter Editions

Hatzefeld, H. (1998). Construire des nouvelles légitimités en travail social - Honneth, A. (2004). La théorie de la reconnaissance : une esquisse.

Huault, I. (2008). Paul Dimaggio et Walter W. Powell, des organisations en quête de légitimité.

Hubert, J. et Martineau, F. (2016). Mission Groupements Hospitaliers de Territoire. Rapport de mission.

Igas. (2010). Bilan de l'organisation en pôles d'activité et de délégation de gestion mise en place dans les établissements de santé.

Jacques, J. (2015). Les cadres de santé, cadre de métier

Jacques, J. (2012). Cadre de santé, cadre de métier. Coordination nationale infirmière (CNI).

Kaufmann, J-C. (2011). L'entretien compréhensif. Armand Colin.

Langlois, E. (2011). Hôpital et nouvelle gouvernance. Les cadres de santé à la croisée des chemins.

Lauzon, S. (2017). Qu'est-ce que le Moi ?

Le Bezvoët, E. (2007). L'hôpital et la logique managériale : quelle place pour le sujet ?

Le Chapelin, C et Mateos, S. (2016). Théorie de Schultz: figure centrale de la révolution du capital humain.

Legifrance. (2012). Le code du travail.

Lepine, V. (2009). La reconnaissance au travail par la construction d'une relation agissante.

Lozier, F. (2010). Démarches de GPEC et prospective des métiers : le cas de deux groupes industriels.

Louart, P. (1991). Gestion des ressources humaines.

Loufrani-Fedida, S. (2012). Les acteurs du management des compétences dans les organisations par projets.

Lounnas, R. et Somers, W-J. (2004). Théorie des Institutions et Applications aux Organisations. Cahier de recherche N°04-01.

Macquet, A-C. et Fleurance, P. (2006). Des modèles théoriques pour étudier l'activité de l'expert en sport.

Marcel, J-F. (2009). Investir l'objet « développement professionnel » par l'entrée « indicateur ».

Marchesnay, M. et Morvan, Y. (1979). Revue d'économie industrielle. Micro, macro, méso… (articles)

Mazouli, K. (2006). Inscription du discours stratégique dans la réalité sociale de l'organisation : exploration empirique des logiques d'action et tentative de conceptualisation.

Medina, P et Lahmadi, G. (2012). La dimension communicationnelle du management hospitalier.

Menard, C. (2003). L'approche néo-institutionnelle : des concepts, une méthode, des résultats.

Mérindol, V et al. (2009). Une méthodologie de prospective métiers fondée sur les compétences collectives : l'exemple du métier de pilote de chasse.

Mintzberg, H. (2ème édition 2004). Le management : voyage au centre des organisations.

Mintzberg, H. (2006). Le manager au quotidien-les 10 rôles du cadre, Références-poche, Eyrolles Editions d'Organisation.

Mohib, N. (2011). Développer des compétences ou s'engager dans l'agir professionnel.

Mohib, N. (2004). La légitimité au cœur de l'action et de la compétence.

.

Montil, R. (2002). La prospective des métiers appliquée à l'entreprise. Pour une approche renouvelée de la Prospective Métier, Revue Française de Gestion n°140.

Nabet, N. (2011). L'ARS : pilotage de la politique de santé régionale.

Nobre, T et Lambert, P. (2012). Le management de pôles à l'hôpital. Regards croisés, enjeux et défis.

Nobre, T. (2013). Innovation managériale à l'hôpital. Changer les principes du management pour ne rien changer ?

Noguera, F et Plane, M. (2016). Le leadership – recherches et pratiques.

Nozidan (2011). Vers une « mastérisation » de la formation des cadres de santé.

Perrenoud, P. (1994). La formation des enseignants entre théories et pratiques, Paris, Le Harmattan.

Pesqueux, Y. (2006). Le nouveau management public.

Pesqueux, Y. (2010). critique du néo-institutionnalisme en sciences des organisations.

Pesqueux, Y. (2015). J. Habermas et l' « agir communicationnel ».

Pigneur, Y. (2011). Une perspective institutionnelle.

Piot, T. (2009). Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui ?

Plane, J-M. (2015). Théorie du leadership, (article), DUNOD

Plane. J-M. (2016). Management des organisations, (article),DUNOD.

Plane, J-M. (2013). Théorie des organisations, 4ème édition.(article), DUNOD.

Polton, D. (2004). Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international.

Powell, W. et Dimaggio, P. (1991). The New institutionalism in Organizational Analysis, Chicago: University of Chicago Press.

.

Powell, W. et Dimaggio, P. (1983). Iron-Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational field. American Sociological Review.

Prahalad, C et Hamel, G. (1990). Théorie de Ressources-Compétences : compétences clés, des capacités organisationnelle.

Reinhard, S. (2012). Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?

Rémy, C. et Pichault, F. (2011). Conditions et limites d'une démarche de prospective métier dans un secteur de PME touché par la crise économique.

Rouby. E et Thomas, C. (2009). L'articulation des compétences individuelles/compétences stratégiques : vers une solution de gestion intégrée des compétences.

Rouleau, L. (2010). La stratégie et l'organisation en pratique : quand le chercheur se fait narrateur.

Roy, E et Vernerey, G. (2014). Etre à la fois expert, manager et leader – Lettre du cadre.

Safon, M-O. (2017). Les réformes hospitalières en France, aspects historiques et réglementaires.

Scouarnec, A. (2010). Management et métier – Visions d'experts, EMS Editions : Cormelles-le-Royal, p.439-450.

Scouarnec, A. (2020). Crise sanitaire et transformation du travail : les conséquences pour les équipes RH. Management et avenirs. pages 9 à 11.

Scouarnec, A. (2008). Plaidoyer pour un « renouveau » de la prospective.

Siegel, D. (2008). Réflexion sur la stratégie.

Soulé, B. (2007). Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales.

Spitz, L. (2021). La stratégie managériale et le rôle du manager.

.

Stampnitzky, L. (2013). Experts, états et théorie des champs. Sociologie de l'expertise en matière de terrorisme (traduit par Ettinger Delphine).

Stephan, C. (1983). Laufer R et Burlaud A. Management public : gestion de la légitimité.

Tabard, A. (2017). Hôpital public : quelles différences avec le privé ?

Tanguy, L. (1995). Le sociologue et l'expert. Etude de cas.

Tourmen, C. (2007). Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion.

Siegel, D. (2008). Réflexion sur la stratégie.

Vallejo et al. (2018). La mise en place des pôles d'activité médicale à l'hôpital : quel impact sur un changement de structure organisationnelle sur la prise de décision ?

Venault, F. (2003). Donner du sens aux valeurs soignantes.

Vial, M. et al. (2007). L'accompagnement professionnel ? Une méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative, Bruxelles.

Vincent, C. (2003). Understanding and responding to adverse events.

Vincent, G. (2005). Les réformes hospitalières. Revue Française d'Administration Publique.

Volle, M. (2004). Brève histoire de la légitimité.

Yahiel, M. & Mounier, C. (2010). Quelles formations pour les cadres hospitaliers, Inspection générale des affaires sociales.

.