

MOTS CLÉS

Hôpital
Réforme hospitalière
Loi HPST
Gouvernance
Rentabilité
Identité professionnelle
Contrainte budgétaire
Cadre soignant
Cadre de pôle
Assistant de pôle
Qualité des soins
T2A
Pôle
Rôle
Enquête
Résultats

dossier

**MANAGEMENT**

Cadre soignant de pôle : expériences MCO/psychiatrie

Le pilotage des établissements hospitaliers est soumis depuis 2005 à de nouveaux arbitrages organisationnels, financiers et managériaux. Depuis la mise en place des pôles d'activités, le responsable de pôle, l'assistant soignant et le cadre administratif constituent le noyau stratégique devant se porter garant de la qualité des prestations et de l'efficacité des activités. Mais depuis la loi HPST, le pilotage des pôles est défini entre le chef de pôle et ses « collaborateurs ». Le cadre soignant en position d'assistant de pôle, avant cette dernière loi, s'interroge sur son positionnement, ses missions et ses perspectives d'avenir. Les auteurs livrent ici les résultats d'une recherche menée auprès de vingt-six cadres soignants de pôle exerçant dans deux établissements de santé (MCO et psychiatrie) et apportent leurs réflexions sur le sens de la qualité des soins dans un contexte de contraintes gestionnaires, entre incertitudes et opportunités...

Parmi les acteurs clés participant au pilotage stratégique des établissements de santé, l'encadrement intermédiaire, issu de la filière soignante (cadres de santé et cadres supérieurs de santé), occupe de nouvelles responsabilités managériales venant s'ajouter à ses missions principales : la dimension gestionnaire des activités cliniques, médico-techniques et de rééducation au sein des « pôles d'activité ». En observant les activités des cadres au quotidien, il s'avère qu'ils sont de plus en plus aux prises des modèles de performances managériales et des innovations technologiques issues du monde de l'entreprise pour les intégrer dans des logiques de processus de productions de soins, avec une dimension lucrative et concurrentielle de plus en plus visibles à travers les outils de pilotage médico-économiques mis en œuvre. Cependant, l'assistant soignant de pôle n'est plus cité explicitement dans la nouvelle loi puisque le « chef de pôle » (qui est

médecin) peut s'entourer d'un ou plusieurs « collaborateurs ». Les cadres paramédicaux de pôles se trouvent aujourd'hui dans une posture en pleine « mutation », en raison notamment de leur nouveau positionnement au niveau des directions fonctionnelles de l'établissement, soulignés dans un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sanitaires (Igas) ⁽¹⁾. De plus, le positionnement stratégique de cette fonction varie d'un établissement à un autre, en fonction de l'étape de la mise en œuvre récente des pôles d'activités, depuis 2005.

Cette fonction s'exerce dans un contexte nouveau et se fonde sur des jeux de pouvoir singuliers, repérables, donnant l'opportunité pour le cadre paramédical de pôle de développer de nouveaux talents stratégiques. Il s'agit de changer complètement de positionnement, au sens du sociologue spécialiste des organisations Norbert Alter, qui définit trois logiques : les « pionniers », les « imitateurs » et les « réfractaires » ⁽²⁾. À l'hôpital, ce sont justement les cadres paramédicaux de pôles qui sont les pionniers parce qu'il y a création d'une nouvelle fonction dans ce contexte en pleine mutation qui enclenche ce mouvement.

C'est justement autour de cette problématique que nous avons souhaité conduire une étude de terrain, dans le cadre d'une

**Jean-Luc
STANISLAS**

Cadre supérieur de santé
Assistant de pôle, établissement de psychiatrie générale et infanto-juvénile

**Dominique
CHARNIGUET**

Cadre supérieur de santé, infirmier anesthésiste diplômé d'État, assistant de pôle, établissement de médecine/chirurgie/obstétrique

« Les cadres peuvent insuffler la réalité de terrain à chaque strate hiérarchique de l'institution... »

NOTES

(1) H. Zeggar, G. Vallet, rapport Igas, « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », février 2010.

(2) N. Alter, *L'Innovation ordinaire*, PUF, 2005.

(3) M. Crozier, E. Friedberg, *L'Acteur et le système*, Points Seuil, 1977.

(4) S. Divay, C. Gadea, « Les cadres de santé face à la logique managériale », 14^e Journée d'études du GDR Cadres, institut du management de l'université de Savoie, Annecy, décembre 2007.

(5) S. Lucas, *Management hospitalier et stratégies nouvelles des cadres*, Paris, 2002.

(6) Meah, « Rapport final sur le pilotage opérationnel des pôles : l'étape d'après », janvier 2009.

(7) Meah, « Piloter l'activité, mesurer l'efficacité : répertoire d'indicateurs Meah », octobre 2009.

(8) T. Amosse, V. Delteil, « L'identité professionnelle des cadres en question », *Travail et Emploi*, n°99, juillet 2004, pp. 63-79.

(9) Meah, « Piloter l'activité, mesurer l'efficacité : répertoire d'indicateurs Meah », *op. cit.*

recherche universitaire, pour questionner la place et le rôle des assistants soignants de pôle dans deux établissements publics de santé (MCO et psychiatrie). Même si la configuration des pôles est radicalement différente entre ces deux établissements, pour des raisons structurelles, cliniques et réglementaires, nous constatons plusieurs convergences de nouvelles missions et responsabilités conférant une autonomie « relative » dans le fonctionnement de chaque pôle.

Nouvelle gouvernance et positionnement de l'assistant de pôle

L'évolution de la structure hospitalière, longtemps caractérisée par la domination médicale inscrite dans ses fiefs (ou mandarins), se caractérise aujourd'hui par une transversalité de ses activités mobilisant le pouvoir de tous les « acteurs du système »⁽³⁾. Cette réalité s'inscrit dans un contexte de mutation et de complexification du système hospitalier et marque un climat d'incertitude ressenti par les acteurs, notamment le personnel d'encadrement soignant. L'émergence chronique de tensions hospitalières dans sa logique de gestion avec une insuffisance de ses ressources financières (T2A), des enjeux de pouvoirs (directoire), des restructurations hospitalières (territorialisation), une nouvelle logique de planification et de pilotage (pôles d'activité) constituent le paysage institutionnel dans lequel évoluent les acteurs.

Le déficit structurel et chronique des dépenses de santé et du pilotage financier des établissements de santé oblige les organismes de tutelles de l'État à revoir la gouvernance des établissements de soins hospitaliers. En effet, l'hôpital est soumis depuis cinq années à une multitude d'injonctions liées au contrat de retour à l'équilibre financier (Cref) et à une révi-

sion de son pilotage général au niveau des directions fonctionnelles, de la communauté médicale ainsi que des personnels d'encadrement. Les principes traditionnels de l'administration hospitalière centrée sur l'unité, l'égalité et l'universalité, entrent désormais dans un nouveau paradigme de gestion hospitalière (émergences de nouveaux modes de management et de gestion des décideurs pilotés par le Centre national de gestion [CNG]). La complexification de l'organisation du travail hospitalier évolue de plus en plus vers une logique d'efficacité (processus, procédures, évaluations des pratiques, certifications...) et de performance (renforcée par les agences nationales comme l'Agence nationale d'appui des établissements de santé et paramédicaux [Anap] et leur contrat de performance 2010, ainsi que la Haute Autorité de santé [HAS]).

Ces restrictions budgétaires justifiées par des contraintes économiques, l'augmentation de la pression des cadres provoquée par l'exigence du pilotage de la performance et de la compétition (coût case-mix, benchmarking...) invitent les hôpitaux à revoir leurs modes de gestion et de management. L'encadrement soignant est alors pris dans ces multiples strates organisationnelles, gestionnaires et managériales⁽⁴⁾. Il semble contraint de mobiliser des compétences polyvalentes dans des champs d'actions pluridisciplinaires pour favoriser la mutualisation des compétences de chaque acteur sous sa responsabilité hiérarchique et/ou fonctionnelle. Les « marchés implicites » et « les faux accords »⁽⁵⁾, selon le sociologue M. Crozier, rythment le quotidien des cadres dans les organisations hospitalières.

L'encadrement intermédiaire est donc exposé à de nécessaires ajustements des pratiques professionnelles visant l'efficacité des soins et le développement rationnel de l'activité hospitalière. Les cadres supérieurs de santé sont immergés dans cette nouvelle forme de management des activités hospitalières.

La place du cadre gestionnaire de pôle est clairement identifiée dans les ordonnances de 2005 comme faisant partie du trio de pôle médecin/cadre soignant/cadre administratif de l'organisation des structures hospitalières en pôles d'activité, représentant un support d'une gestion déconcentrée avec la mise en place d'un dispositif de contractualisation interne, confirmé en 2009 dans un rapport de la Mission d'expertise et d'audit hospitalier (Meah)⁽⁶⁾. Ces nouvelles règles du jeu accentuent le niveau de responsabilisation des cadres supérieurs qui doivent répondre progressivement à une culture du résultat à partir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs⁽⁷⁾ (tableaux de bord). Pourtant, ces objectifs de qualité ne sont pas toujours compatibles avec la complexification des soins dans leurs dimensions psychosociales : le vieillissement de la population, les nouveaux problèmes de santé émergents, les contextes psychosociaux plus lourds et la pluriculturalité.

Le cadre soignant en quête identitaire

L'identité du cadre soignant de pôle pose un problème de définition dans la perception de son activité quotidienne. Cette fonction présente des contours flous et questionne la légitimité de sa place dans l'organisation hospitalière pour plusieurs raisons. D'autant que son statut peut apparaître problématique par sa production immatérielle difficile à mesurer dans notre activité quotidienne⁽⁸⁾. Le cadre réglementaire ne pro-

pose qu'une définition substantielle de son rôle, notamment dans les textes relatifs aux réformes hospitalières au cours de ces quinze dernières années. Finalement, cette fonction s'est ajustée aux évolutions culturelles profondes des organisations hospitalières. Ainsi, les cadres n'ont pas l'opportunité de construire une culture professionnelle propre, même s'ils ont pu appréhender les enjeux sociaux, les problèmes économiques et culturels de l'institution hospitalière.

Le cadre soignant garant de la qualité des soins

L'hôpital, contraint par un contexte économique défavorable, en constante recherche d'efficacité, s'est emparé des méthodes managériales propres à l'entreprise. Aux côtés des guides de bonnes pratiques organisationnelles édictées par la Meah⁽⁹⁾, des recommandations des sociétés savantes des grandes disciplines médicales, l'approche médico-économique s'est de plus en plus imposée jusqu'au cœur même de management de pôle. Tableaux de bord et indicateurs viennent alimenter l'analyse et la conduite décisionnelle des managers. L'hôpital se confond avec l'entreprise pour qui « *la qualité et l'offre de service ne peuvent être la somme des attentes de l'ensemble des clients* ⁽¹⁰⁾ ». L'évolution du curseur managérial de l'hôpital vers le pôle budgétaire ne doit pas nous faire ignorer que « *le système budgétaire privilégie les informations quantitatives financières au détriment des informations quantitatives non financières (délai de fabrication) ou des informations qualitatives (qualité du produit) concernant la performance* ⁽¹¹⁾ ».

Dans le Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, la définition et les activités du métier de cadre soignant de pôle précise que le cadre soignant de pôle « *met en œuvre l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles du pôle* ». Cette fiche métier liste différentes tendances d'évolution du métier permettant un développement de missions transversales incluant la « *qualité et gestion des risques* ». Le cadre soignant de pôle s'inscrit dès lors dans une responsabilité gestionnaire partagée concernant les notions d'efficacité et d'efficacité directement liées à l'atteinte d'objectifs organisationnels, maximisant ainsi la valeur soignante par rapport à une notion somme toute récemment implantée dans le quotidien du soignant : le coût de la prestation soignante, de la santé en général. Être garant de la qualité des soins, en assurer l'évaluation impose tout d'abord de définir ce que veut dire « *qualité des soins* ⁽¹²⁾ ».

« *Garantir la qualité* » impose à chaque cadre soignant de pôle une réflexion sur la place des fondamentaux de notre profession, dans la singularité de son domaine d'exercice, afin de permettre à chaque soignant du pôle de participer à la construction de « *micro-indicateurs* » opérationnels qualitatifs, qui compléteront les « *macro-indicateurs* » de qualité institutionnels et permettront ainsi à chaque soignant, au contact direct du patient, d'apprécier et de tracer la satisfaction du patient/client vis-à-vis de l'acte technique et du contact relationnel, mais aussi de s'évaluer dans sa dynamique d'apprentissage et son niveau de motivation.

Les établissements étudiés

Le premier établissement, caractérisé par une activité en MCO, est un établissement de province de moyenne capacité assimilable à un petit CHU. Son personnel regroupe plus de 400 mé-

decins et plus de 3 000 non-médicaux (soignants, administratifs, logistiques et techniques). Son activité est caractérisée par près de 81 000 passages aux urgences, 53 000 admissions, 3 800 naissances et 160 000 consultations externes. Certifié en 2010, détenteur de réels centres de références au niveau régional, il rencontre les mêmes affres budgétaires que nombre d'institutions soumises à l'impérieuse nécessité de tendre vers ou maintenir un équilibre budgétaire encore aléatoire. Le projet d'établissement est à réécrire, la vision stratégique de la direction à rendre visible au niveau des acteurs. Une réelle condition de motivation pour tous, la perspective de voir à l'horizon 2015 se concrétiser la construction d'un nouvel établissement moderne répondant aux attentes d'un bassin de population de près de 350 000 habitants. La fin d'année 2010 voit la mise en œuvre de la seconde génération des contrats de pôle pour chacun des dix pôles de l'institution.

Le second établissement, spécialisé en santé mentale et implanté en région parisienne, dispose de près de 2 300 professionnels. Les effectifs s'élèvent à plus de 240 ETP médicaux et près de 2 000 ETP non médicaux. Il comporte, d'une part, 20 unités d'hospitalisations implantées sur quatre sites sur le département, d'autre part, près de 90 structures de soins extrahospitalières ou alternatives implantées sur 34 communes. Il dispose d'une capacité de 368 lits d'hospitalisation enfants/adultes et gère 633 lits et places pour adultes et 120 pour enfants. Depuis la nouvelle gouvernance de 2005, les premières visites d'accréditation (version 1) en janvier 2006 et de certification (version 2) en 2009 ont donné lieu à une réorganisation des logiques organisationnelles des directions fonctionnelles et du pilotage des activités cliniques suggérés auprès des « *responsables de pôles* » via le conseil exécutif

NOTES

(10) M. Abramovici, « *Gestion de la qualité et prévention des risques* », UMLV.

(11) M. Maadani, K. Said, *Management et pilotage de la performance*, Hachette, 2009.

(12) J. Bachimont, A. Letourmy « *L'élaboration d'indicateurs de la performance hospitalière : quels enjeux pour les usagers ?* », Sciences sociales et santé, vol. 20, n°2, 2002. pp. 105-115.

NOTES

(13) I. Féroni, S. Dival, C. Gadéa, N. Belorgay, « L'hôpital sous pression : enquête sur le nouveau management », thèse, 2005-2010.

(14) Questionnaire établi à partir du descriptif de la fonction du cadre soignant de pôle dans le répertoire des métiers de la FPH, 2^e édition, 2009.

mis en place en 2007. L'hôpital propose un premier découpage provisoire de l'organisation des pôles avec quinze pôles de psychiatrie générale, sur les dix-huit que compte le département, et trois secteurs de psychiatrie infanto juvénile sur les cinq existants. La réforme de l'hospitalisation via la loi HPST en 2009 s'est traduite par la mise en place du directoire et du conseil de surveillance qui a vu le jour dans cet établissement au cours du premier semestre 2010, avec, en perspective, un nouveau périmètre réduit du découpage des pôles en cinq pôles d'activité cliniques. Cependant, le climat institutionnel est particulièrement tendu, dans cet établissement, depuis l'annonce des réformes nouvelles et les arbitrages financiers. L'absence de consensus médico-administratif sur le futur projet d'établissement et les évolutions projetées en termes de découpage des pôles et l'absence d'outils de gestion médico-économiques, formalisent les points faibles conjoints aux incertitudes intrinsèques à la psychiatrie en général dans la considération législative nouvelle pensée en territoires de santé.

Le contexte de ces deux établissements, à travers leur organisation générale, offre deux photographies précises de la structuration des activités en pôles respectifs. Aussi différents que complémentaires, ces deux établissements sont préoccupés par la définition de l'offre de soins au patient, dans sa plus large et riche définition, dans ses modalités spécifiques de prises en charges pouvant être à dominante somatique pour l'un et psychiatrique pour l'autre, avec pourtant une même préoccupation holistique exprimée par les équipes soignantes et le personnel d'encadrement. Ces deux réalités MCO et psychiatrie montrent les préoccupations communes des directions hospitalières sur le besoin d'optimisation des ressources humaines et économiques centrée sur une logique de productions de soins et d'équilibre financier à conforter voire rétablir. L'impérieuse obligation de diminuer les dé-

penses, toujours placée en première intention, se traduit immédiatement en recherche d'efficience organisationnelle et guide la majorité des activités du cadre supérieur de santé assistant de pôle qui ne peut s'exonérer du levier principal d'économie qui repose sur les effectifs non médicaux et leur pérennité.

Quelle est donc la place réelle du cadre soignant de pôle dans une sphère managériale à la logique gestionnaire prégnante qui pourrait tendre à se déshumaniser en exacerbant une stricte démarche productiviste, à la lumière de plusieurs études sociologiques d'actualité confirmant bien les inquiétudes des cadres intermédiaires hospitaliers ⁽¹³⁾ ? Le bilan de toutes ces réflexions aboutit à la question de recherche suivante : le cadre de santé/assistant de pôle peut-il encore se porter garant de la qualité des soins dans un contexte de contraintes gestionnaires dominantes et de logiques managériales distancées du terrain à l'hôpital ?

Méthode

Nous avons choisi d'interroger les vingt-six cadres de santé ou cadres supérieurs de santé ayant un positionnement d'assistants de pôle. La technique du questionnaire ⁽¹⁴⁾ (huit questions) est retenue pour atteindre les objectifs visés reposant sur quatre axes :

- » identifier le positionnement stratégique des cadres soignants de pôle en situation de responsabilité d'encadrement d'équipe(s) dans leur environnement interne et externe ;
- » comprendre comment les cadres appréhendent la qualité des soins, dans le contexte de la réforme HPST ;
- » repérer les ressources mobilisées par les cadres pour s'adapter aux nouvelles organisations et à la complexité des changements sur la base de leurs compétences acquises et des valeurs professionnelles auxquelles ils adhèrent ;
- » croiser les appréhensions, les opportunités et les incertitudes sur leur avenir dans leur organisation hospitalière, en termes de besoin de formation et de reconnaissance identitaire, afin de faire émerger quelques propositions.

Les questionnaires diffusés en février 2010 sur une période d'un mois, ont permis un taux de retour élevé grâce à la disponibilité des cadres qui ont bien voulu apporter leur contribution. Cependant, nous relativisons la représentativité des résultats à grande échelle, compte tenu du faible échantillon d'enquête. En revanche, les résultats peuvent être représentatifs pour ces deux établissements étudiés puisque la quasi-totalité des acteurs représentant la fonction ont répondu au questionnaire : 100 % pour l'établissement MCO et 86 % pour l'établissement psychiatrique.

L'échantillon des cadres de santé (CDS) assistants de pôles encadre entre 31 et plus de 120 personnels non médicaux. Les personnes questionnées ont une moyenne d'âge entre 40 et 59 ans et une expérience professionnelle dans leur établissement dans la fonction d'assistant de pôle de deux à trois ans. Plusieurs remarques peuvent être faites :

- » une certaine homogénéité de l'origine professionnelle pour les assistants de psychiatrie (majoritairement infirmier de secteur psychiatrique [ISP]) comparativement aux assistants de MCO (infirmier anesthésiste diplômé d'État [Iade], infirmier

diplômé d'État [IDE], médico-technique, infirmier de bloc opératoire diplômé d'État [Ibode] ;

» le nombre moyen d'unités fonctionnelles en responsabilité est sensiblement plus important en MCO qu'en psychiatrie ;

» de manière encore plus significative, le nombre de professionnels constituant les pôles en MCO (plus de 100) est beaucoup plus important et plus hétérogène qu'en psychiatrie (moins de 100) ;

» l'expérience en qualité de cadre de santé ou de cadre supérieur de santé est, pour les deux établissements, relativement étalée entre 1990 et 2010, avec cependant une nomination en progression plus visible depuis 2005. Cette période peut être mise en corrélation avec la période de publication des deux derniers textes importants relatifs aux réformes hospitalières ;

» l'ancienneté de l'exercice dans la fonction d'assistant soignant de pôle est tout à fait comparable entre les deux établissements puisqu'il s'agit là d'une nomination statutaire en lien avec la publication des textes réglementaires (les ordonnances de 2005). Les taux d'ancienneté sont objectivement comparables.

Résultats

Question 1 : une mise en tension de l'activité des cadres

La fiche métier de la fonction publique hospitalière relative à la fonction de cadre soignant de pôle définit les grands axes de notre mission. Pourriez-vous classer de 1 à 4 ces derniers en fonction du temps qu'ils occupent dans votre quotidien ? (1 : celui pour lequel vous consacrez le plus de temps, 4 : celui qui exige le moins de temps).

Cette première question introductive du questionnaire avait deux objectifs : poser d'emblée la problématique de la concentration des activités dévolues à l'encadrement intermédiaire et provoquer une confrontation sur les représentations du cœur de métier relatif à cette fonction d'assistant de pôle. Il n'est pas surprenant de constater que les premières réponses « spontanées » se tournent vers les activités dites « rationnelles » et donc visibles à première vue, selon les assistants soignants de pôle. En effet, les missions relatives à l'optimisation des moyens et à la planification des soins sont les deux premières préoccupations, occupant un « temps » conséquent. Ces activités sont, par conséquent, tout à fait comparables entre les deux établissements, avec une nuance liée sans doute à la dimension « contractuelle » formalisée au centre hospitalier MCO contrai-

rement à l'hôpital psychiatrique étudié. Pour les deux autres missions complémentaires, il est intéressant de constater la prégnance de l'effort de « mise en œuvre » de la qualité des prestations qui précèdent la déclinaison du projet de soin institutionnel pour l'établissement MCO. Nous pourrions émettre l'hypothèse que les établissements soumis à la T2A auraient tendance à prioriser la réalisation des prestations ou « production » de soins qui impacte directement sur les ressources allouées (en termes de recettes pour l'activité du pôle), et ce au détriment d'une « déclinaison du projet de soin » qui demande une mobilisation réflexive importante et chronophage de l'ensemble des professionnels soignants. Il s'avère pourtant que cet aspect de la « conduite de projet » est indispensable, du point de vue des assistants de pôle pour donner du sens à l'action collective auprès du patient pris en charge et fédérer les équipes autour de valeurs communes.

Pour l'établissement psychiatrique, cet ordre est inversé puisque la « déclinaison du projet de soins » (à rapporter au projet de chaque pôle) précède la « mise en œuvre de l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles ». Cette lecture laisse à penser que les assistants de pôle de psychiatrie accordent une priorité à la réflexion clinique et organisationnelle pour optimiser la qualité des prises en charge des patients. Cette prise de position pourrait aisément s'expliquer par la culture institutionnelle en santé mentale puisque le principe de la « sectorisation psychiatrique » instaurée depuis la circulaire de 1960 a contribué à mettre l'accent sur la cohérence de la trajectoire des soins du patient, avec une



QUESTION 1

Temps consacré par les assistants de pôle dans les grands axes de leurs missions principales (par ordre de priorité)

Établissement MCO (10 assistants soignants de pôle)	Établissement psychiatrique (16 assistants soignants de pôle)
Optimiser les moyens et les équipements dédiés, dans le respect des contraintes en manageant des encadrants de proximité	Planifier, organiser et coordonner les soins, les activités du pôle
Planifier, organiser et coordonner les soins, les activités du pôle	Optimiser les moyens et les équipements dédiés, dans le respect des contraintes et en manageant des encadrants de proximité
Mettre en œuvre l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles	Décliner le projet de soin institutionnel au sein du pôle, en relation avec le chef de pôle
Décliner le projet de soin institutionnel au sein du pôle, en relation avec le chef de pôle	Mettre en œuvre l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles

préoccupation constante concernant l'adaptation des soins selon l'évolution de l'état de santé du patient sur le long cours (contrairement à la logique MCO centrée sur le court séjour).

Pour cette première question, il est intéressant de repérer que la culture managériale et soignante est déjà problématisée pour les assistants de pôle dans leur pratique quotidienne, en fonction de la variabilité et de l'intensité de leur activité que nous pourrions regrouper en quatre axes : réflexion, rationalisation, planification, exécution.

Question 2 : une gestion de la rareté de la ressource primant sur la conduite de projets

Cette fiche métier décline les missions prégnantes de notre métier. Classez de 1 à 8 ces dernières en fonction du temps qu'elles occupent dans votre quotidien (1 : celle pour laquelle vous consacrez le plus de temps, 8 : celle qui en exige le moins).

L'objectif consistait ici à proposer une réflexion plus large et ciblée à partir des activités principales des assistants de pôle. La difficulté résidait dans la hiérarchisation des domaines dans lesquels ils consacrent le plus de temps. Il est frappant de constater pour les deux établissements MCO et psychiatrique une similitude des deux premières priorités repérées : la gestion des moyens et l'encadrement des équipes. Il est encore plus visible de constater la fonction « rationalisation » précéder la fonction « managériale » dans l'ordre annoncé. Cette hiérarchisation de l'activité tient au positionnement de pilotage stratégique confié à l'assistant de pôle auprès duquel il est attendu des réponses mesurées sur l'adaptation des moyens en fonction de l'activité « produite » ou « prescrite ». Ce n'est qu'à partir de la troisième priorité

que nous constatons des variantes significatives pour chacun des établissements. Pour l'établissement MCO, la différence significative concerne la priorité consacrée à la gestion des ressources financières (4^e place) et l'élaboration et rédaction de rapports d'activité (8^e place, dernière position). La question qui pourrait se poser serait de savoir si la priorité des données financières de la production des prestations précéderait la question de l'évaluation de l'activité. Un des assistants de pôle a exprimé une certaine réalité de son activité dans ce sens : « *Pas assez de temps à ce jour pour l'élaboration de projets avec les cadres de disciplines différentes.* » L'hypothèse pouvant être émise serait de constater une certaine frustration des assistants de pôle à devoir accorder une lecture trop médico-économique de l'activité au détriment de la cohérence du projet de soin...

S'agissant de l'établissement psychiatrique non soumis encore à la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP), les différences significatives concernent la priorité accordée à l'organisation des activités, des projets (3^e place) et inversement une mise à distance de la question de la gestion des ressources financières (7^e place). Parmi les commentaires exprimés par les assistants de pôle, l'absence de la contractualisation, de la délégation de gestion et des outils de pilotage est relatée pour expliquer le fait que la question financière n'occupe pas une place prépondérante dans la gestion des pôles. Cependant, l'attachement à la conduite de projet et à la question de l'organisation des soins prend une place centrale dans leurs activités. Cette question confirme bien une similitude entre les deux établissements sur les activités des assistants de pôle se rapportant à des missions de rationalisation et de management d'équipe. Cependant, une distinction apparaît nettement sur la question de l'analyse financière pour l'établissement MCO et de la coordination des activités et de projets pour la psychiatrie. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette distinction : la culture institutionnelle fortement orientée vers la rationalisation des activités pour l'établissement MCO avec l'approche médico-économique forte et concurrentielle, puisque comparable entre eux sur la base d'indicateurs (étude nationale commune des coûts, tableau coûts case-mix, etc.). Autre facteur : l'antériorité de la mise en place de la T2A pour ces établissements depuis 2005, qui ne concerne pas encore la psychiatrie. Ensuite, la culture de l'évaluation et de la rentabilisation des activités semble être davantage valorisée à travers la réorganisation des services en pôles et l'optimisation des moyens centrés sur les tableaux de bords. Enfin pour la psychiatrie, l'ancrage sur le travail en réseau et sur l'innovation des pratiques cliniques reste la priorité...

Question 3 : fortes convergences autour des valeurs professionnelles

Dans le contexte actuel de la nouvelle réforme HPST, que veut dire pour vous, assistant de pôle, être garant de la qualité des prestations ?

Dans le contexte de la réforme de la loi HPST, la question posée concerne les représentations que les assistants accordent à la mission à laquelle ils sont destinés à se porter garants : la qualité. Cette question ouverte a suscité plus de 90 % des commentaires

exprimés par les assistants des deux établissements. À la lecture des résultats et après une classification minutieuse par catégorie, en respectant à la fois la rhétorique des témoignages écrits et la sélectivité des thématiques abordées, il est intéressant d'observer les éléments suivants : une différence significative dans la variabilité des réponses et dans la fréquence des termes employés pour définir cette question. De plus, cette question montre très clairement l'attachement qu'ils ont sur la dimension qualitative des missions auprès des patients pris en charge. Par ailleurs, trois thématiques dominantes et hiérarchiquement comparables pour les deux établissements ressortent :

- » qualité vs organisation/coordination,
- » qualité vs sécurité/continuité des soins,
- » qualité vs efficience des ressources mobilisées.

De ce point de vue, les éléments de comparaison sur ce que représente la qualité des soins, pour la grande majorité des assistants interrogés, sont invariablement comparables, témoignant d'une « culture commune » de la qualité en cinq points clés : organisation, coordination, sécurité, continuité et efficience.

En ce qui concerne les autres dimensions, certains assistants de l'établissement MCO donnent une lecture complémentaire, que nous avons regroupée en deux dimensions : management et collaboration avec les acteurs de la direction.

S'agissant des assistants de la psychiatrie, la variabilité des réponses complémentaires est plus étendue avec des éléments spécifiques qui n'apparaissent pas dans le discours des assistants de l'établissement MCO : projet du pôle, valeurs professionnelles et offre de soins.

Ces distinctions pourraient traduire les hypothèses suivantes :

- » les assistants de pôle de psychiatrie s'autorisent davantage à exprimer la spécificité des activités se rapportant à la qualité des soins, en prenant de la distance sur ce qui est « prescrit » par les arbitrages institutionnels ;
- » la culture psychiatrique est historiquement plus ancrée dans des prises de positions fortes s'agissant de défendre les valeurs se rapportant à la spécificité de la discipline et à sa capacité de prendre de la distance sur ce qui est prescrit ;
- » les réflexions soulevées par les assistants de psychiatrie sont certainement un écho de ce qu'ils ne veulent pas voir disparaître à cause des arbitrages médico-économiques ;
- » les assistants de pôle de MCO semblent être absorbés par la rhétorique managériale et médico-économique qui pourrait expliquer la sélectivité rationnelle des réponses proposées ;
- » ces mêmes assistants relatent une approche pragmatique et mesurable de la qualité grâce aux outils d'évaluation médico-économiques et aux indicateurs pouvant comparer l'efficience de l'activité des pôles entre eux et entre établissements de même spécialité.

Question 4 : une rupture identitaire observée en MCO contrairement à la psychiatrie

Au regard des éléments ci-dessus, des attendus de votre institution et de vos emplois du temps, quel qualificatif est le plus proche de votre réalité quotidienne ? Classez de 1 à 4 ces affirmations (1 : qualificatif qui anime votre quotidien, 4 : celui qui vous représente le moins dans la réalité, sans tenir compte de celui que vous voudriez être réellement).

QUESTION 4
Quel qualificatif pour décrire votre réalité quotidienne ?

Établissement MCO (10 assistants soignants de pôle)	Établissement psychiatrique (16 assistants soignants de pôle)
Je suis un manager	Je suis un manager
Je suis un gestionnaire	Je suis un soignant
Je suis un administratif	Je suis un gestionnaire
Je suis un soignant	Je suis un administratif

Cette question porte sur les réflexions des assistants de pôles autour de la problématique identitaire puisqu'il est demandé à chacun de se situer dans l'exercice de ses fonctions parmi quatre qualificatifs.

S'agissant des assistants de pôle des établissements MCO et psychiatrie, une première convergence des représentations est constatée à travers le qualificatif « manager ». En effet, il n'est pas surprenant que cette proposition soit faite dans la mesure où le poste occupé renvoie à un positionnement stratégique en termes de pilotage des activités et de la coordination des acteurs du pôle. Ce poste nécessite de mobiliser des compétences sur le plan des relations humaines afin de rendre cohérente la mise en synergie des pratiques professionnelles. Par ailleurs, le terme « manager » fait partie des choix possibles de l'identité professionnelle car il constitue un mode symbolique de reconnaissance de la part des collaborateurs transversaux de l'institution d'une part et des décideurs au niveau des directions fonctionnelles, d'autre part. Même si le terme « cadre » est davantage employé pour identifier « statutairement » la fonction exercée, il n'en reste pas moins que ce qui est « prescrit » concerne une part importante de la fonction managériale, au quotidien.

Mais à la lecture du deuxième choix exprimé par les assistants de pôle sur leur positionnement, les assistants de pôle MCO s'identifient comme « gestionnaires » alors que les assistants de psychiatrie se reconnaissent dans l'identité « soignants ». Il s'agit là d'une marque d'appartenance liée à la culture spécifique de l'établissement puisqu'en MCO, la dimension rationnelle de régulation des activités médico-économiques s'inscrit fortement sur la base des paramètres financiers, de performance et en termes de benchmarking. De plus, le trio de pôle est clairement établi

dans cet établissement depuis quelques années avec l'influence non négligeable du directeur référent administratif chargé de mettre en cohérence institutionnelle les activités à l'intérieur du pôle. Les nombreux outils mobilisés pour rendre compte des résultats de la performance médicale et soignante impliquent que l'assistant de pôle consacre un temps conséquent à l'évaluation de la qualité des prestations. En ce qui concerne les assistants de psychiatrie, l'identité du « soignant » est réaffirmée rapidement, en deuxième position. Cette réflexion est soutenue par le fait que les assistants de cet établissement sont majoritairement issus de la formation initiale d'infirmier de secteur psychiatrique d'une part, par la forte alliance collaborative avec la communauté médicale d'autre part. L'adhésion à des valeurs professionnelles tirées de l'expérience clinique très importante montre que les assistants sont très attachés à cette identité qu'ils qualifient d'indispensable pour donner une cohérence à leur mission principale : la coordination des activités cliniques. De plus, l'expertise soignante est, dans cette discipline, indispensable, pour permettre d'accompagner les collectifs de travail dans une cohérence des trajectoires de soins, avec le sentiment d'appartenance pour la mise en œuvre des projets thérapeutiques en pluridisciplinarité.

Mais il semble que la référence médico-économique dominante dans le discours institutionnel tende à modifier le comportement professionnel des cadres au détriment de la valeur symbolique soignante tant revendiquée par la filière dans les deux établissements étudiés.

Question 5 : harmonisation efficiente des outils en MCO, forte opacité en psychiatrie

Utilisez-vous certains outils ou méthodes vous permettant de rendre visible la qualité de l'organisation des activités au sein de votre pôle ? Si oui, lesquels ?

Cette question vise à repérer auprès des assistants de pôle, la nature des outils et méthodes d'analyse de l'activité médico-économique utilisés au service de chaque pôle dans les établissements étudiés.

Il n'y a pas de surprise à constater que les assistants de l'établissement MCO utilisent à grande échelle l'ensemble des indicateurs d'activité mis à leur disposition par les directions fonctionnelles depuis la mise en œuvre de la T2A (dont le taux de saisie est passé à 100 % depuis 2008). L'harmonisation des outils et méthodes d'évaluation des prestations est effective et ils permettent surtout de comparer les pôles sur la base des objectifs contractualisés (Cref et EPRD) et des données des références nationales (ENCC, benchmarking...). Peu de commentaires ont été relatés par les assistants MCO. Une lecture strictement comptable de l'activité ne suscite pas la spontanéité des éléments de réflexions exprimés par les professionnels et pourrait être perçue comme un processus d'analyse autorisant peu la critique subjective.

En revanche, en ce qui concerne la psychiatrie, les assistants ont une lecture plus critique, car l'absence criante des outils de gestion semble compromettre l'objectivité des évaluations de l'activité polaire. Près de 50 % des assistants interrogés déplorent ne pas avoir de « références » pour mieux analyser leur activité, malgré le fait de recevoir des données partielles en provenance des services financiers ou du département d'information médicale. Ces informations arrivent cependant tardivement et en décalage avec les possibilités de les utiliser comme outils de pilotage du pôle en collaboration avec les acteurs du trio de pôle (chef de pôle et référents de pôle).

En conséquence, cette question mérite d'être traitée finalement à distance en ce qui concerne la psychiatrie, au moment notamment où elle vivra la mise en place de la valorisation de l'activité, à partir des indicateurs qualité et tableaux de bord médico-économiques mis en place par la direction de cet établissement.

Question 6 : expertise clinique et connaissance organisationnelle du terrain

La loi HPST ne mentionne pas le cadre de santé assistant de pôle. Quelle valeur ajoutée votre action apporte-t-elle, actuellement, par rapport aux deux autres collaborateurs responsables du pôle ?

Cette question a suscité un taux de commentaire de 100 % des assistants de pôle car il s'agit évidemment de répondre à une préoccupation collective sur l'avenir de cette fonction, en l'absence des textes réglementaires et du contenu de la loi HPST. Cette appréhension était déjà présente en amont de cette dernière réforme puisque le travail des cadres était perçu comme « invisible » du point de vue des décideurs. Nous avons pu extraire parmi les commentaires exprimés dans les deux établissements dix thèmes récurrents parmi lesquels nous pouvons déjà constater une certaine homogénéité dans la fréquence des réponses. La valeur ajoutée des compétences que les assistants de pôle peuvent apporter dans la collaboration avec le chef de pôle et le cadre administratif (ou directeur) de pôle peut être hiérarchisée dans quatre groupes plus ou moins homogènes de la façon suivante :

{ connaissance/expertise du soin
 { donner du sens/cohérence soignante/connaissance du terrain

- { connaissance du management opérationnel
- { communication/négociation/interface auprès des décideurs
- { maîtrise de la gestion/organisation des activités
- { éthique/valeurs professionnelles
- { accompagnement des équipes
- { acteur clé
- { approche du patient/famille

Ce classement par groupe montre pour les deux établissements que la valeur ajoutée des assistants de pôle semble se situer autour de quatre compétences clés :

- » expertise de terrain,
 - » collaboration managériale,
 - » gestion des activités et accompagnement des équipes sur des valeurs,
 - » prise en compte de l'acteur (professionnel, patient, famille).
- De manière plus spécifique, les assistants MCO accordent une importance sur l'expertise du soin, les valeurs, la concertation et le management opérationnel. Pour les assistants de psychiatrie, la valeur ajoutée porte essentiellement sur l'expertise du soin, la connaissance du terrain, la concertation, les activités au même niveau que le management opérationnel. Les réponses des assistants de pôle, quelle que soit leur spécificité, montrent clairement plusieurs champs de compétences exprimés. De plus, les commentaires traduisent une forte volonté d'affirmer une identité professionnelle et surtout le sentiment d'appartenance à une culture soignante dont les valeurs professionnelles illustrent la teneur : valeur, éthique, patient, donner du sens, cohérence, expertise.

Question 7 : vives inquiétudes sur l'avenir de la fonction

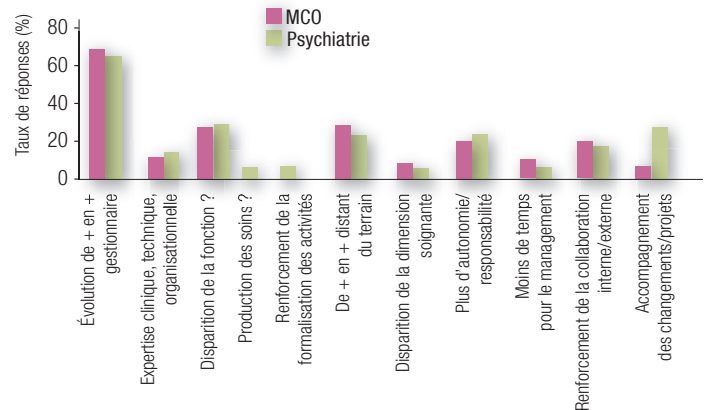
En quelques mots, comment imaginez-vous l'évolution de votre fonction dans les cinq années à venir, au sein de votre institution, au sein des responsables principaux du pôle, auprès de vos collaborateurs cadres et soignants ?

Cette question est l'objet d'un taux de réponse proche des 100 %, ce qui témoigne du niveau d'appréhension élevé des assistants de pôle. Les résultats montrent une certaine diversité des champs de réponses que nous avons regroupés en éléments objectifs et subjectifs. En ressort de manière commune pour les deux établissements une évolution inévitable vers une approche plus gestionnaire. S'agit-il d'une prise de conscience sur la nécessité de développer de nouvelles compétences ou bien serait-ce la traduction d'une inquiétude sur une modification profonde du « cœur de métier » ? Les autres thématiques abordées pourraient constituer des éléments d'explication sur ce premier constat :

- » des inquiétudes sur le devenir de la fonction (disparition de la fonction, distanciation du terrain) ;
- » des opportunités sur les évolutions favorables (plus d'autonomie, renforcement de la collaboration) ;

De manière plus spécifique, pour les assistants MCO, il s'agit essentiellement d'une perception négative de l'évolution de la fonction (disparition, distance, moins de temps pour le management) ; pour les assistants de psychiatrie, les avis sont partagés entre une perception négative (disparition, distance du terrain) et une perception positive (plus d'autonomie, accompagnement des projets) sur les mêmes thèmes que les assistants MCO. De plus, les assistants de psychiatrie semblent y

QUESTION 7
Comment imaginez-vous l'évolution de votre fonction dans les cinq années à venir, au sein de votre institution ?



voir d'autres pistes possibles d'évolution favorables sur les éléments suivants : production des soins, renforcement de la formalisation des activités. Pour nuancer l'interprétation des résultats comparés entre les deux établissements, il est important de situer le contexte dans lequel exercent les assistants MCO, contraints de s'adapter à cette évolution gestionnaire de l'activité alors que les assistants de psychiatrie ne sont pas encore soumis aux outils d'évaluation médico-économiques et financiers. Cependant, la projection de la fonction dans les cinq ans à venir reste particulièrement floue compte tenu de l'absence de définition réglementaire par les tutelles. Par ailleurs, les valeurs ajoutées exprimées dans la question 6 n'apparaissent plus de façon claire à travers cette projection. Ce constat invite à la réflexion quant au devenir identitaire du métier.

Question 8 : le nécessaire renforcement de nouvelles compétences

Classez de 1 à 10 les compétences prioritaires dans l'exercice de votre fonction de cadre de pôle pour les cinq prochaines années (1 : la compétence la plus importante à développer, 10 : celle qui vous semble la moins importante). Cette dernière question mérite d'être comparée à la précédente sur l'avenir de la fonction d'assistant de pôle. En effet,

globalement, la hiérarchisation des réponses des assistants de pôle s'est calquée sur la liste proposée, avec néanmoins quelques variantes :

» trois éléments prioritaires se distinguent pour les assistants de pôle en MCO : connaissance sur la gestion financière, évaluation des pratiques professionnelles, procédures de travail ;

» quatre éléments prioritaires se distinguent pour les assistants de psychiatrie : responsabilité en gestion financière, vision globale de l'établissement, réseaux de soins, contrôle de gestion.

Les assistants de pôle MCO sont préoccupés par le développement de compétences d'expertise sur les aspects techniques de la fonction pour renforcer la performance des activités. Les assistants de pôles de psychiatrie sont préoccupés par l'appropriation des nouveaux outils de gestion et le besoin de se projeter en cohérence avec la vision de l'établissement, dans une logique de territoire de santé.

Discussion

Un questionnement identitaire permanent

À travers la lecture des résultats des questions se rapportant à la fonction d'assistant de pôle, il est tout à fait intéressant de constater que la question identitaire est toujours problématique, indiquant bien que l'identité de la fonction est perturbée par un contexte hospitalier en constante mutation, caractérisé par les éléments repérés suivants :

- » l'évolution aléatoire, récurrente et arbitraire des réformes relatives au pilotage hospitalier,
- » la charge de travail en constante augmentation,
- » la hiérarchisation des activités quotidiennes soumises aux nombreux aléas,

- » la représentation symbolique de la fonction oscillant au « fil de l'eau » de la vie institutionnelle,
- » la nécessité d'une adaptation permanente des assistants aux logiques contradictoires,
- » l'incohérence de l'implication sollicitée auprès des assistants de pôles entre la conception des projets, leur mise en œuvre et les processus de décisions,
- » l'insuffisance de concertation entre les assistants et les décideurs hospitaliers,
- » la gestion prescrite des ressources rares est perçue par les assistants de pôle comme le « sale boulot » au détriment d'autres activités plus valorisantes comme la conduite de projets,
- » l'absence de visibilité de la fonction à court et moyen termes.

Des conceptions très partagées de la vision managériale

La question 4 sur la perception de la fonction d'assistant de pôle montre assez clairement un conflit entre la position de manager et la position de clinicien, dont l'enjeu identitaire est plus fort pour les assistants de pôles de psychiatrie que pour les assistants de pôle MCO. Nous pourrions être tentés d'émettre l'hypothèse que les uns refusent de se voir retirer leur « cœur de métier » et que les autres accepteraient plus volontiers de faire le deuil du métier de soignant. Mais compte tenu de l'absence de convergence claire des réponses proposées à cette question, il est plus prudent de considérer que le métier d'assistant de pôle interroge la légitimité de l'identité professionnelle d'origine. Quelle pourrait être la valeur ajoutée d'occuper cette fonction avec ce capital soignant antérieur ? L'évolution du métier d'encadrement intermédiaire vers les fonctions stratégiques d'assistant de pôle n'a pas été réfléchi en collaboration avec les cadres, ce qui pourrait expliquer la difficulté pour ces derniers « d'habiter légitimement » ce nouveau métier.

Une mise à distance des logiques de gestion

Lorsqu'on interroge les assistants de pôle sur la valeur ajoutée de la fonction occupée par rapport au rôle des autres acteurs du trio de pôle, il est frappant de voir que les éléments de réponses proposées ne sont pas du tout orientés vers les compétences de gestion. Ils mettent en exergue d'autres qualités professionnelles qui impactent, d'ailleurs, directement la notion des valeurs professionnelles envers lesquelles ils adhèrent fortement. Ce constat met bien en évidence que les influences des décideurs hospitaliers et des tutelles (ARS) auprès des cadres soignants restent limitées sur la dimension rationnelle de la fonction.

Une affirmation forte des valeurs professionnelles

En croisant la question 3 sur la perception de la notion de la qualité des prestations et la question 6 sur la valeur ajoutée de la fonction d'assistant de pôle, nous découvrons l'importance des valeurs professionnelles qui constituent les fondements de l'engagement des cadres soignants, par exemple la collaboration entre les acteurs, la qualité de l'offre de soin pour le service public, les valeurs professionnelles, la sécurité et la continuité des soins, l'expertise clinique et la connaissance du terrain, l'accompagnement des équipes, l'approche du patient et de la famille, enfin la cohésion d'équipe et la recherche de sens des pratiques.

Bilan et perspectives

L'entrée dans une nouvelle ère de la gouvernance hospitalière bouscule les repères managériaux qui ont jusqu'alors guidé les organisations, modifié les enjeux institutionnels et imposé le pilotage des équipes managériales. Chacun, à son niveau de responsabilité stratégique ou opérationnelle, réinterroge ses missions et sa légitimité. Le cadre soignant assistant de pôle n'y échappe pas, confronté à de réelles craintes alimentées par une absence de perspectives claires à la lumière des textes réglementaires. L'opacité des missions de la fonction d'encadrement intermédiaire à l'hôpital, la sous-représentativité de cette fonction dans les instances décisionnelles confortent ce ressenti. Un positionnement contraint et questionné est exacerbé par une incitation forte à adopter une vision plus gestionnaire et distanciée de sa filière d'appartenance soignante, pouvant craindre une perte de repères sur le sens de « la qualité des soins » au profit de la culture-entreprise de la « performance ».

Il est possible de valoriser la culture soignante, la connaissance fine du terrain avérée et l'expertise managériale par les cadres supérieurs assistants de pôle pour occuper une place légitime, au-delà des seules conduites de projets ou mise en œuvre du changement pour lesquels leur expertise méthodologique n'est plus à démontrer. L'appropriation de la logique gestionnaire, par un engagement fort dans un processus de développement ou d'acquisition de compétences dans ce domaine en y rappelant les valeurs soignantes intrinsèques à la mission de l'hôpital, doit permettre au cadre soignant assistant de pôle d'être reconnu comme un interlocuteur privilégié des décideurs sur la définition des axes stratégiques des établissements. Sans oublier ses compétences dans le pilotage des organisations au service de la qualité des soins des patients. Toutes ces compétences devant pouvoir s'exprimer à l'échelle des pôles d'activités mais également dans des « espaces de réflexion des cadres hospitaliers » au service de l'action collective, comme le propose le rapport de Chantal de Singly sur les cadres hospitaliers. Les cadres peuvent insuffler la réalité de terrain à chaque strate hiérarchique de l'institution pour créer du lien en transversalité et éviter toute balkanisation des pôles. Il appartient donc à chacun d'être proactif pour éviter de subir, en activant ces leviers qui pourraient offrir de nouvelles perspectives valorisantes et porteuses de sens au service de la qualité des soins.

Conclusion

Le devenir du cadre soignant assistant de pôle demeure une réelle interrogation dans sa fonction comme dans ses missions, ses compétences à acquérir ou à peaufiner. La « transparence » de la fonction dans l'état actuel de la loi HPST fragilise toute velléité de projection en l'avenir. « *La question du positionnement des cadres dans l'hôpital renvoie à trois constats distincts mais complémentaires. En premier lieu, les cadres ne sont pas suffisamment impliqués dans les processus de décision de l'établissement ; en second lieu, ils sont faiblement représentés dans les instances décisionnelles ; enfin, leur reconnaissance statutaire et financière n'est pas à la hauteur des responsabilités qui leur sont confiées.* ⁽¹⁵⁾ ». L'affirmation de ce positionnement au sein du système hospitalier doit assurément passer par un renforcement des compétences propres à la vision

« Le devenir du cadre soignant assistant de pôle demeure une réelle interrogation dans sa fonction comme dans ses missions, ses compétences à acquérir ou à peaufiner. »

gestionnaire de l'institution hôpital, une évolution des modes de management qui doivent s'imprégner des outils de décisions stratégiques et opérationnelles des directeurs d'établissement.

Il est donc vital pour le cadre soignant assistant de pôle de s'approprier ces nouveaux langages et outils pour mieux y insérer ses exigences et valeurs soignantes, propres à la singularité de chacun des environnements professionnels, mais communes au cœur universel de métier. L'organisation polaire des établissements publics de santé, la nouvelle gouvernance et les modes de financement des activités conduisent les soignants à une rigueur dans leurs conduites soignantes, à établir des choix responsables ; les différentes directions doivent également muter pour se faire support, aide à la décision déconcentrée. Sans doute un nouveau langage partagé doit-il être écrit par l'ensemble des responsables et partenaires de l'hôpital ; un dictionnaire qui fusionne les contingences médico-économiques et l'expertise soignante des cadres de santé pour toujours garantir l'offre et la qualité des soins qu'attendent légitimement les patients. Il nous appartient d'écrire nous-mêmes, individuellement et collectivement, au sein des « espaces cadres » préconisés dans le rapport de Singly, le scénario du rôle que nous voulons jouer aujourd'hui et désirons assumer demain dans la sphère stratégique hospitalière comme auprès de nos collaborateurs qui demeureront intimement confrontés aux besoins vitaux, singuliers et précieux des patients. ●

NOTE

(15) Ch. de Singly, rapport de la mission des cadres hospitaliers, ministère de la Santé et des Sports, 11 septembre 2009.

Les auteurs remercient les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé qui ont apporté leurs précieux témoignages en répondant au questionnaire. Les auteurs sont seuls responsables de leurs propos.

jistanislas@aol.com
chamiguet.dominique@numericable.fr