



**HAL**  
open science

## Le rôle du cadre supérieur de pôle

Régine Bercot

► **To cite this version:**

Régine Bercot. Le rôle du cadre supérieur de pôle. Soins Cadres, 2020, 29 (123), pp.55 - 59.  
10.1016/j.scad.2020.10.015 . hal-03493337

**HAL Id: hal-03493337**

**<https://hal.science/hal-03493337>**

Submitted on 15 Dec 2022

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

## **Dohead savoirs et pratiques** **Le rôle du cadre supérieur de pôle**

**Régine Bercot<sup>a,b</sup>**

Professeur émérite de sociologie

<sup>a</sup> Université de Paris 8, 2, rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis, France

<sup>b</sup> Cresppa-GTM, 59-61, rue Pouchet, 75017 Paris, France

Adresse e-mail : reginebercot@gmail.com (R. Bercot).

### **Résumé**

Quels sont les rôles des cadres paramédicaux de pôle et comment gèrent-ils les tensions du haut encadrement ? Une recherche a été effectuée auprès d'une diversité d'interlocuteurs. Cet article analyse leur place en lien avec la chefferie de pôle, en privilégiant l'une des dimensions du métier : la gestion du changement et l'innovation.

© 2020

**Mots clés** – cadre supérieur de pôle ; innovation organisationnelle ; négociation ; projet ; recherche ; trajectoire

### **Summary à traduire**

© 2020

### **Keywords à traduire**

Les pôles constitués par les ordonnances du 2 mai 2005 [1] sont une orientation majeure des hôpitaux. Confortée par la loi de 2009 [2], leur création s'inscrit dans la "Nouvelle gouvernance hospitalière", forme du "Nouveau management public" [3]. On peut considérer qu'elle participe d'une orientation commune explicite : « *Faire de l'hôpital une structure gérée, responsable de ses résultats en matière d'efficience, de qualité et d'inscription cohérente dans le système de soins* » [4].

Cette réforme a pour objectif de résoudre les tensions entre clinique et gestion [5] en associant étroitement les médecins au traitement et au contrôle des budgets au sein des services. Le développement des pôles a donné lieu à des analyses concernant la nouvelle gestion induite par cette organisation. Des auteurs se sont intéressés au positionnement des médecins, à leurs pratiques et aux tensions qu'ils connaissent dans un tel contexte. D'autres ont réfléchi au cadre de la politique publique et aux contraintes structurelles qui pèsent sur leur activité [6]. Enfin, des études posent la question du contenu de leur activité, mettant en avant le développement d'un management spécifique. Mais qu'en est-il de la place des cadres paramédicaux de pôle ?

### **T1 Représentation et reconnaissance**

Un rapport demandé le 7 mai 2013 [7] par la ministre des Affaires sociales et de la Santé et confié aux conférences hospitalières dresse le bilan de ces organisations de pôle, six ans après leur généralisation. Il rend compte de leur contribution dans le fonctionnement des hôpitaux et cible les points à améliorer.

Il est frappant de constater que dans ce rapport, les cadres supérieurs de soins<sup>1</sup> ne sont à aucun

moment mentionnés, bien que nombre de points les concernent, notamment le processus démocratique dans le fonctionnement des hôpitaux. Cette absence est significative des représentations que l'on se fait de la hiérarchie paramédicale. Elle révèle les différences de prestige des professions [8] entre médecins et professionnels paramédicaux, tant du point de vue de leur place dans l'établissement que de leur reconnaissance en tant que groupes professionnels. La faible reconnaissance est due à une « *absence relative d'autonomie, de responsabilité, d'autorité et de prestige* » [9].

De plus, les acteurs des différents niveaux de la hiérarchie paramédicale ne sont pas parvenus à construire un groupe d'appartenance fort et organisé [10]. Ces différents aspects conduisent les médias mais aussi les tutelles à minimiser le rôle de la hiérarchie paramédicale, y compris lorsqu'il est question de traiter de l'efficacité de l'hôpital ou de sa transformation.

Dans ce contexte, on s'est interrogé sur le rôle des cadres supérieurs de santé dans ces nouvelles fonctions (*encadré 1*). Pour traiter cette question, nous avons souhaité nous intéresser à leur activité. Les études consacrées au travail des cadres de pôle sont encore peu nombreuses. Comme c'est couramment le cas pour cette catégorie, ces cadres se tiennent à l'articulation entre la mise en œuvre d'une politique et l'animation d'une dynamique sociale et politique au sein de leurs équipes. S'ils sont des intermédiaires, responsables de la mise en œuvre des orientations politiques, budgétaires et sociales, leur rôle ne se limite pas à cet aspect de transmission du haut vers le bas. Ils sont actifs dans la construction d'orientations concernant l'organisation de l'hôpital, l'animation et la construction du sens et des modalités de l'activité de soin.

Après avoir rappelé en quoi consiste leur place au sein des pôles, nous analyserons leur rôle concernant l'innovation. Dans un deuxième article publié ultérieurement, nous étudierons leur rôle de manager.

### **T1 Trajet similaire**

Les cadres supérieurs de pôle que nous avons rencontrés ont des trajectoires statutaires et de formation présentant une forte similarité. Tous ont exercé antérieurement comme cadres de santé et parfois auparavant comme faisant fonction<sup>2</sup>, parfois dans le même type de service que celui où ils étaient infirmiers, parfois dans d'autres spécialités. Ils ont obtenu un diplôme de cadre de santé après une formation. Parmi les cadres paramédicaux de pôle (CPP) rencontrés, une femme a été directrice adjointe des soins.

De plus, la totalité de nos interviewés ont suivi des formations de niveau master en gestion des organisations ou management de la santé. Si certains se sont portés volontaires pour ce type d'activité, d'autres ont été sollicités. Retraçant les événements et rencontres ayant jalonné leur prise de fonction, ils insistent sur le fait qu'ils se sont toujours sentis concernés par la construction et l'animation de projets. Ils sont devenus capables de superviser les changements d'organisation, d'en gérer les temporalités et les choix. Cette activité repose sur une capacité à manager les personnels, à négocier avec l'environnement. Nous y reviendrons. Les CPP se positionnent en complémentarité de la stratégie médicale. Intéressons-nous aux modalités de désignation des CPP. Le cadre supérieur de pôle est nommé par le chef de pôle. La réciproque est également vraie, tapie dans l'informel. Tous les CPP indiquent avoir choisi leur chef de pôle. Les CPP disent avoir accepté de tenir ce poste parce qu'ils partageaient les valeurs et les manières de travailler du chef de pôle qui le leur proposait. Ils évoquent une

confiance réciproque sans laquelle une collaboration serait impossible. Même si cela n'exclut pas l'expression de désaccords ni l'existence de discussions.

*« Les médecins avec qui je travaille sont bosseurs, très respectueux de la personne soignée, commente un CPP du centre hospitalier universitaire Ouest. Ça, ce sont mes fondamentaux, mes valeurs. Je ne sais pas comment vous expliquer... Chacun, dans sa spécialité, est au service du patient. Même si le chef de pôle travaille pour la recherche, pour l'aura de son service, il est là pour le patient. »*

*« J'ai quand même un chef de pôle qui m'aide, précise de son côté un CPP de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris Paris-Est. J'ai de très bonnes relations avec lui, il a confiance en moi, il a besoin de moi et j'ai besoin de lui. Il y a des messages que je fais passer et que lui ne fait pas passer. »*

Quand le chef de pôle part et est remplacé par un confrère dont le CPP ne partage pas les manières de travailler, celui-ci cherche à obtenir un changement d'affectation. Au fil des récits, il ressort que les rôles se partagent clairement entre le chef de pôle et le CPP et qu'une coopération étroite suppose une entente de fond sur les manières d'envisager l'activité.

### **T1 Points de rencontre**

Les partages de pouvoir entre le chef de pôle et le CPP se situent à l'articulation entre différents points. Le pouvoir est institutionnellement aux mains des médecins. Ils élaborent des projets médicaux de soins et les orientations de recherche médicale et construisent collectivement les orientations budgétaires. Ces dernières peuvent être discutées dans le cadre du bureau de pôle avec les CPP dont le point de vue participe d'une autre logique que celle des médecins. En effet, les CPP connaissent le fonctionnement du travail en équipe, les contraintes matérielles et organisationnelles. Ils ont ainsi la capacité de positionner des projets dans des temporalités compatibles avec l'activité. Ils ménagent aussi la possibilité de consulter et d'associer le personnel.

Les pôles dans lesquels nous avons enquêté ont tous recruté un cadre administratif de pôle (CAP). Les CAP sont des facilitateurs pour des aspects du quotidien tels que la gestion des commandes, qui sollicite des compétences spécifiques. Les circuits d'approvisionnement peuvent être lourds à mettre en place. Ainsi, ils renseignent différents tableaux concernant les effectifs, les stocks ou les budgets.

Très souvent, les CPP nous ont dit combien ils appréciaient la possibilité de collaborer avec la personne qui occupait cette fonction, tant les démarches administratives et les reportings pouvaient être chronophages. Ils tentent de maintenir leur activité selon ce qu'ils jugent en être le centre : donner les moyens aux équipes de faire un travail dans de bonnes conditions, ce qui inclut la nécessité de construire et de mener des projets.

### **T1 Innover et construire des projets**

Les CPP réfléchissent et conduisent les transformations organisationnelles. L'initiative de ces transformations peut être prise par la direction de l'hôpital. Le pôle décide également en autonomie un certain nombre de transformations. Les objectifs de ces projets sont très variés (réimplantation des services, reformatage d'un pôle avec l'insertion d'un nouveau service, changement d'organisation).

Sur les différents projets, les CPP partagent leurs réflexions avec le chef de pôle et le cadre administratif. Si les projets naissent le plus souvent à l'initiative des chefs de pôle et des chefs de service en lien avec le projet médical, la mission des CPP est de les mettre en œuvre et de

les faire avancer. Ils en viennent à initier des projets lorsque l'interconnaissance et la collaboration avec les médecins se sont développées après plusieurs années.

Le rôle du CPP est aussi de porter un regard différent de celui des médecins sur les projets. Ce qu'une CPP qualifie de « *truc tout bête* » ou de « *petites choses comme ça* ». En voici deux exemples : la mise en place de ce qu'un médecin considérera comme un petit changement peut, dans les faits, avoir un impact sur les équipes qu'il mesure mal. Le CPP intervient alors pour proposer des étapes dans le changement.

Ainsi, une CPP explique que le déménagement d'un service a posé problème du point de vue du secrétariat : la secrétaire était certains jours sur un site et certains jours sur un autre. Le chef d'un des services concernés a constaté un important retard dans le courrier et a interpellé la cadre supérieure en lui proposant de demander un demi-poste en plus. La CPP a posé le problème de manière différente. Elle a négocié un délai de quinze jours avec le responsable du service concerné et a solutionné le problème en répartissant différemment les temps de travail de la secrétaire. Dans ce cas, son intervention a conduit à ne pas demander un poste en plus.

Un autre exemple apparaît éclairant. « *Au bout du couloir, il faut un ordinateur, explique le CPP du centre hospitalier universitaire Ouest. Mais il n'y a pas de borne wi-fi. Donc, il faut faire autrement. Cela paraît dérisoire mais mon boulot, c'est de faire en sorte que quand ils seront dans cette salle de réunion, ils aient un ordinateur sur réseau. Maintenant, à moi de leur dire : "Vous n'allez pas pouvoir l'avoir en permanence parce qu'il faut qu'on installe un système. Il n'y a pas de borne wi-fi."* » Le regard pratique sur les faisabilités matérielles fait bien partie des compétences du CPP.

### **T1 Savoir négociier**

Le CPP construit les compromis qui permettront de satisfaire plusieurs acteurs. Ainsi, concernant le recrutement, les demandes des médecins doivent être articulées avec celles de la direction des soins et de la direction des ressources humaines (DRH). Le CPP participe aussi aux arbitrages en termes de budget, en coopération avec le/la chef(fe) de pôle.

Il s'agit de rechercher des solutions à différents problèmes humains et matériels mais également de conduire des projets. En cela, leur regard est comme celui des cadres de santé tourné vers l'activité de travail. Cependant, à la différence de ces derniers, les directions paramédicales de pôle ressentent la nécessité et ont la volonté de porter une attention à des réalités plus macro : l'environnement de l'hôpital, les recherches et évolutions dans les spécialités couvertes par le pôle. L'existence d'une concurrence entre les différents établissements fait désormais partie du paysage et influence la manière dont les CPP considèrent leur rôle.

### **T1 Posture ambivalente**

La question des effectifs est au centre des orientations budgétaires mais aussi des difficultés rencontrées par les équipes. En fonction du contexte, les CPP oscillent entre deux postures : négociation âpre pour le maintien des effectifs, posture d'innovation organisationnelle pour favoriser la réduction des effectifs. Certains récits montrent qu'il existe des conflits forts entre un pôle et un directeur de groupement hospitalier à propos des effectifs. Ainsi, une CPP fait une demande d'aide-soignante (AS) supplémentaire le matin dans un département d'aval d'urgence. Ce besoin est évalué par la CPP en tenant compte du fait que des durées de séjour courtes de trois à quatre jours existent. Il y a de nombreuses réfections de chambres et

également de nombreuses toilettes à effectuer, étant donné l'âge et la dépendance des personnes. Une décision d'affectation d'un volume d'effectifs (AS et infirmières) est prise par la DRH du groupe hospitalier qui gère les personnels.

La CPP est en désaccord avec cette décision et argumente mais elle ne l'emporte pas. Elle doit plier. Pourtant, au final, elle est responsable de la qualité du soin sans avoir, dans ce cas précis, les moyens de son action. *« La responsable de la DRH me dit : "Nous actons cette organisation." Moi, je dis : "Je ne l'acte pas. C'est votre décision." Comme c'est elle qui gère les ressources, je ne peux pas faire autrement. Il ne m'est alloué que 2 AS et 2 infirmières diplômées d'État le matin. Total : le service ouvre et cela nous a pété à la gueule, excusez-moi l'expression, en deux mois... »*

L'ouverture en sous-effectifs a entraîné des tensions extrêmes, les paramédicaux n'étant pas en nombre suffisant pour effectuer les différentes tâches et répondre aux demandes médicales. *« Du coup, j'avais des gens en pleurs, des arrêts faits par des médecins du travail. Cela a explosé au moment des fêtes de fin d'année, là où on a le plus besoin d'agents. Résultat : une grève. Un mouvement de grève, ce n'est pas grand-chose car étant l'aval des urgences, on est tenu de rester ouvert. Mais avec des arrêts, c'est difficile de maintenir la continuité des soins. Et puis il y a une période de négociation. »*

Ainsi, il arrive qu'on enlève à un service ce que l'on donne à un autre, dans un contexte où les effectifs sont très tendus. On peut avoir des unités de gériatrie aiguë qui se retrouvent avec 1 AS pour 10 malades le matin, ce qui ne permet pas de donner les petits déjeuners et d'effectuer les toilettes dans de bonnes conditions. C'est un paradoxe à l'heure du déploiement des certifications qualité et des nombreux discours sur son importance.

### **T1 Combat et soutien**

La lutte pour les postes soulève en outre la question de l'autonomie de gestion des directions de pôle. Dans le cadre de ce qui est appelé "un retour à l'efficacité", des personnels infirmiers ou des AS peuvent être retirés à des pôles qui, pourtant, financent eux-mêmes leurs besoins en effectuant des mobilités d'un service à un autre en leur sein. Les récits montrent que pour conserver leurs postes, les CPP doivent parfois se battre contre les décisions des directions. Le soutien du chef de pôle peut s'avérer déterminant pour l'obtention du résultat. Ces situations génèrent une grande frustration et nourrissent les tensions car on leur dénie les attributs que devrait leur conférer leur statut de cadre supérieur de pôle : pouvoir gérer leur main-d'œuvre en évaluant les risques et les besoins.

Cependant, les CPP recherchent aussi activement des solutions pour répondre à la demande de réduction des effectifs. Un chef de pôle s'engage couramment vis-à-vis de l'institution par rapport à certains indicateurs. Dans cette perspective, la CPP travaille avec lui et les médecins de l'équipe mais aussi avec le cadre et les soignants pour atteindre les objectifs.

Ainsi, un service de gériatrie a été implanté dans les locaux d'un hôpital avec un double enjeu : au déménagement d'un service pour travailler dans de meilleures conditions s'est ajouté un enjeu institutionnel, considéré comme principal et difficile à réaliser puisqu'il s'agissait de maintenir une activité identique, voire supérieure, avec dix lits de moins. Le projet consistait donc à mettre en place l'organisation qui permettait de répondre à cet objectif. La CPP l'a détaillé aux équipes et elle a obtenu leur assentiment, construisant leur accompagnement. Ce projet comportait en outre un volet de suivi des travaux car les services

fonctionnels ne connaissaient pas la spécificité de la gériatrie. La CPP a participé aux choix des aménagements en collaborant avec les différentes directions fonctionnelles.

### **T1 Réalité du quotidien**

On peut le comprendre : à la différence des directeurs des soins, les CPP sont des cadres supérieurs immergés dans les réalités quotidiennes. Ils sont les soutiens des équipes dans différentes temporalités, au quotidien comme sur des projets. Une CPP insistait sur le fait que cette immersion au cœur des problèmes à résoudre l'exposait au niveau émotionnel car elle était dans une recherche de solutions avec des acteurs aux intérêts et aux représentations divergents, voire parfois contradictoires. Mais les entretiens révèlent un fort investissement dans les orientations et les points de vue critiques sur le management à l'hôpital s'accompagnent toujours d'une volonté de trouver des alternatives ou des réponses aux problèmes.

### **T1 Conclusion**

La proximité avec le terrain permet la connaissance des problèmes mais aussi des personnes. On note des styles de management différents, certains étant axés sur les relations individuelles de proximité, d'autres mettant l'accent sur des réunions collectives pour informer, créer du lien et de l'interconnaissance au sein du pôle. Les CPP apparaissent tous comme une ressource potentielle pour cerner les situations et les problèmes concrets rencontrés par les équipes.

### **Déclaration de liens d'intérêts**

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

### **Notes**

<sup>1</sup> Nous les appellerons tantôt "cadres supérieurs de pôle", tantôt "cadres paramédicaux de pôle" (CPP) dans la suite de l'article pour les distinguer des directeurs des soins.

<sup>2</sup> Le faisant fonction est un paramédical nommé sur un poste de cadre avant qu'il ait pu suivre la formation et obtenir le diplôme.

### **Références**

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

[www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&categorieLien=cid](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&categorieLien=cid).

[2] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id).

[3] Berard E. Les pôles d'activité à l'hôpital vus comme un système cybernétique : une analyse en termes de contrôle de gestion. J Gest Econ Med 2013;31(4):187-205.



- [4] Moisdon JC. Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation. *Can J Law Soc* 2012;(80):91-115.
- [5] Valette A, Burelier F. Quand l'habit fait le moine. Les chefs des pôles hospitaliers : devenir des hybrides "malgré tout" ? *Annales des mines. Gérer et comprendre* 2014;(116):4-13.
- [6] Bréchat PH, Leenhardt A, Mathieu-Grenouilleau MC, et al. Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique. *Santé Publique* 2010;22(5):571-80.
- [7] Domy P, Moulin G, Frechou D, et al. Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé. Rapport des conférences hospitalières à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT\\_MISSION\\_POLES.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_MISSION_POLES.pdf).
- [8] Bercot R, Mathieu-Fritz A. Le prestige des professions et ses failles. *Huissiers de justice, chirurgiens et sociologues*. Paris: Hermann; 2008.
- [9] Freidson E. *La profession médicale*. Paris: Payot; 1984.
- [10] Divay S, Gadéa C. Les cadres de santé face à la logique managériale. *Revue française d'administration publique* 2008;128(4):677-87.

### **Encadré 1. Une enquête de terrain**

Les pôles qui ont fait l'objet d'une enquête ont été choisis afin d'obtenir une diversité de spécialités médicales et de régions. Les investigations se sont déroulées de 2014 à fin 2015 dans 7 pôles situés dans des CHU, 5 situés en région parisienne dans le cadre de l'AP-HP et 2 situés en régions ouest et sud-ouest. Le travail de terrain est fondé sur des entretiens approfondis et des observations. Il s'agit d'entretiens visant à comprendre les raisonnements et les manières dont les acteurs réfléchissent et agissent en situation. Les enquêtes ont été très approfondies dans 5 pôles : 3 appartiennent à l'AP-HP (Pompidou, Salpêtrière, hôpital Est, soit un pôle d'oncologie, un pôle d'urgence et un pôle réanimation et soins de suite), 2 sont en régions ouest et sud (médecine interne, urgence, légale et pénitentiaire ; orthopédie rhumatologie).