

<p>Quatorzième journée d'étude du GDR Cadres :</p> <p>Encadrer sous contrainte : Les encadrants des organisations publiques</p>

**Les cadres de santé responsables de pôle et nouvelle gouvernance hospitalière :
les enseignements d'une recherche action**

Paul CROZET, maître de conférences, UPJV, CRIISEA
Asma KAÂNICHE, doctorante, chargé de mission CHU, UPJV, CRIISEA

Notre recherche a pour objet d'analyser le positionnement des cadres de santé responsables de pôles face aux changements qui affectent l'univers hospitalier notamment le plan hôpital 2007.

Lancée fin 2002, cette vaste réorganisation est censée se traduire par une mutation profonde de l'organisation hospitalière. Elle comprend trois principaux volets : la relance du rythme des investissements hospitaliers afin de moderniser le parc sanitaire, la mise en œuvre d'une tarification à l'activité (T2A) et enfin la modernisation de l'organisation interne et de la gestion des établissements hospitaliers publics dite "nouvelle gouvernance".

La nouvelle gouvernance hospitalière introduit une modification de l'organisation générale en créant des pôles d'activité. Elle généralise par ailleurs la contractualisation interne et développe la délégation de gestion. Enfin, elle met en place un Conseil Exécutif et redistribue les rôles des instances de l'hôpital. Ces transformations visent à établir un partage des responsabilités et à favoriser la responsabilisation des différents acteurs.

Elles imposent une remise en cause profonde de l'organisation dans toutes ses composantes (médicales, soignantes et administratives). Pour rompre avec la gestion administrée qui prévalait, et laisser la place à une gestion dynamique et autonome, la nouvelle gouvernance hospitalière suppose et impose un rapprochement entre le personnel médical et administratif afin que les hôpitaux soient pilotés de manière plus harmonieuse.

En effet, chaque pôle est géré de manière collégiale par une équipe de direction constituée d'un médecin chef de pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif.

Les cadres de santé, intégrés dans la direction des pôles voient leurs rôles fortement évolués, leurs marges d'autonomie sont supposées accrues, tout comme leurs responsabilités. Leurs fonctions d'encadrement s'avèrent valorisées dans une organisation polaire. Telles sont les intentions mais, sur le terrain, qu'en est-il ? Comment se mettent en place les changements? Comment sont-ils perçus et appropriés par les cadres de santé ?

Ces questions sont au croisement de nombreuses thématiques : la place des acteurs dans le changement organisationnel, le rôle des encadrants, les conditions et les difficultés d'appropriation des outils de gestion, la nature de la gestion publique, gestion sous contraintes, l'ampleur des transformations en cours de l'hôpital. On peut envisager de les aborder sous l'angle de la spécificité, spécificité de la gestion publique, spécificité de la réforme hospitalière, spécificités des fonctions de cadres de santé responsables de pôle. On peut souhaiter évaluer la pertinence d'une part de la politique conduite au regard des enjeux repérés, (management des politiques publiques), d'autre part de la conduite du changement (management des organisations publiques).

Le choix retenu consiste à adopter une position plus modeste (l'évaluation des politiques de santé ne sera pas abordée) et à centrer le propos sur les effets induits par l'introduction de nouveaux outils de gestion sur la construction de nouveaux rôles pour les cadres de santé.

En approfondissant cette thématique de recherche, diverses hypothèses méritent examen :

H1) l'intégration des cadres de santé dans les pôles de direction transforme leurs rôles :

- a) impose de nouvelles missions
- b) implique une rupture avec leur statut antérieur de cadre de santé
- c) suppose de nouvelles compétences

H2) le nouveau positionnement des cadres de santé leur assure un rôle stratégique dans la gestion du changement

- a) leurs nouvelles missions consacrent leur rôle d'acteur du changement
- b) leurs nouvelles missions leur assurent une légitimité suffisante
- 1) au sein des pôles

2) dans l'hôpital

Pour tester ces hypothèses, notre recherche s'appuie d'une part sur une démarche de recherche-action conduite au sein du CHU d'AMIENS et d'autre part sur une série d'entretiens semi-directifs, réalisés en face à face auprès de l'ensemble des cadres de santé responsable de pôle de cet hôpital.

I) Les acteurs dans les réformes managériales

L'analyse de la structuration des nouveaux rôles induits par la réforme hospitalière sur les cadres de santé supérieurs suppose une réflexion

sur la nature du changement organisationnel,

sur l'instrumentation de gestion et l'appropriation des outils managériaux,

sur la structuration des rôles des encadrants.

Le changement organisationnel est défini comme un processus de transformation des structures et des compétences qui structure le processus d'évolution des organisations.

Parmi les innombrables travaux publiés sur ce thème, on peut distinguer deux types d'écrits.

Les modèles théoriques interventionnistes sont les plus répandus. Ils proposent des méthodes pour introduire et conduire le changement (Burke W., Jacob R. et R.Ducharme, Bridges W., Bashein B.J ...etc.), et laissent supposer qu'une politique managériale adéquate produit des effets directs et attendus. Ce sont des « théories de l'implantation » dont le rôle est de décrire les étapes à respecter et les conditions de succès (Hafsi et Fabi 1997).

Le deuxième type d'écrits concerne le processus de changement dans ses divers aspects (temporel, financier, humain). Le changement organisationnel suppose une évolution du comportement des acteurs de l'organisation qui sont tantôt objets de changement (Vandengeon-Derumez, Hafsi et Fabi), tantôt observateurs (Collerette, Delise et Perron), tantôt initiateurs (Maeder, Crozier et Friedberg).

Chaque conception confère aux membres de l'organisation des statuts opposés. Les théories d'aspect déterministe considèrent les facteurs externes et les pressions de l'environnement comme le principal moteur du changement. L'approche déterministe se fonde sur le caractère imposé du changement accordant à l'environnement et ses pressions un rôle capital (par exemple une injonction écologique (Hannan et Freeman 1984) ou l'alignement entre environnement et organisation (Lawrence et Lorsh 1969), etc.).

A l'opposé, selon des approches volontaristes, les facteurs internes deviennent les réels moteurs de la dynamique organisationnelle. Partant du postulat que les individus ont un rôle majeur dans les choix stratégiques, ces approches mettent l'accent sur l'action pour expliquer le changement. Elles envisagent le changement de deux façons différentes : soit, selon une logique de changement par le haut (top down), prescrit par un leader, souvent envisagé comme charismatique et visionnaire, qui le planifie, (les théories configurationnelles, culturelles et cognitives, le développement organisationnel, les approches de cycle de vie et de croissance s'inscrivent dans ce cadre) soit comme le résultat d'une construction collective.

Comment départager approches volontaristes et déterministes ? En fait, comme l'affirment Crozier et Friedberg (1977) il s'agirait d'un faux problème : *"toutes les théories explicites ou implicites du changement, sont, en effet, à la fois volontaristes et déterministes : il suffit de forcer un peu la rigueur du premier terme, le terme fonctionnaliste, pour assurer facilement le retournement du déterminisme en volontarisme"*. Déterminisme et volontarisme ne sont pas contradictoires mais deux alternatives indépendantes qui peuvent se combiner : un changement est à la fois de nature endogène et exogène, c'est-à-dire qu'une contrainte extérieure, une réforme institutionnelle, par exemple, peut faire évoluer l'organisation qui, pourtant, change par la volonté des acteurs et à travers leurs actions.

Notre analyse s'inscrit dans ce cadre. La réforme hospitalière est un élément déclencheur mais ce sont les agents qui vont lui donner sa consistance réelle, sa portée véritable.

L'appropriation de la réforme par les acteurs est probablement plus importante que sa conception, constat fréquemment omis par les décideurs publics.

Le processus d'apprentissage est au cœur du changement. Une première forme d'apprentissage correspond à la simple réception d'une information dans le cadre d'un contexte environnemental déterminé. Cet apprentissage se manifeste par une réaction à une impulsion donnée. Dans ce cadre, l'apprentissage fonctionne selon le principe simple de l'émetteur-récepteur suivant le schéma stimulus-réponse. Une deuxième forme d'apprentissage se fonde sur une possibilité de rectification. L'apprentissage provient ainsi de l'accumulation d'expériences : les individus font des choix au fur et à mesure de l'expérience qu'ils acquièrent, ils changent en fonction de l'apprentissage (accumulation d'expérience) pour résoudre les problèmes de manière plus efficace. L'apprentissage organisationnel repose en effet sur l'existence d'une dimension

partagée des compétences et des connaissances dans l'organisation identifiée par Argyris et Schon (1978) comme des modèles mentaux partagés. L'apprentissage collectif est un processus à travers lequel des acteurs, partie prenante d'un système d'action, apprennent, c'est-à-dire inventent et fixent, de nouveaux modèles de jeu, avec leurs composantes affectives, cognitives et relationnelles. Il traduit les changements de connaissances et de compétences partagées par accumulation d'expériences ou par expérimentation (Koenig, 1994). Le changement est l'affaire de tous les membres de l'organisation, qui interagissant apprennent à penser et faire les choses autrement (l'apprentissage étant conçu comme à la fois comme résultat d'un changement cognitif et comme résultant de l'action) et font évoluer l'organisation vers l'état souhaité.

L'apprentissage traduit l'appropriation des acteurs de nouveaux modes de travail, de nouvelles règles et routines, synonyme de changement.

Révéler ces processus en cours pour les cadres de santé constitue l'objet de notre recherche.

II) Le protocole de la recherche

Elle s'inscrit dans une recherche action conduite au sein du CHU d'AMIENS.

Le terrain d'observation

Présentation du CHU d'AMIENS

Le Chu d'Amiens est l'un des 31 CHR/CHU, établissements dont les personnels représentent au total plus du tiers des effectifs de la fonction publique hospitalière. Plus gros employeur de Picardie, il constitue une communauté humaine rassemblée autour de missions de santé et de services publics. Ses principales activités découlent de sa vocation de CHU et s'organisent autour de trois pôles :

- les activités d'enseignement ;
- les activités de recherche ;
- les activités de soins.

Les activités d'enseignement

Le CHU participe, en lien avec l'Université de Picardie Jules Verne (UPJV), à la formation des futurs médecins et pharmaciens et assure au sein de 12 écoles et instituts spécialisés (Institut de formation des cadres de santé, etc.) la formation des autres professionnels de santé.

Les activités de recherche

La politique de recherche du CHU repose sur un partenariat fort avec l'Université de Picardie Jules Verne (UPJV) et l'université de Technologie de Compiègne (UTC). Elle s'appuie sur des équipes de recherches labélisées (immunologie, cardio-vasculaire, neurosciences, virologie) : 2 équipes INSERM, 2 équipes CNRS.

Les activités de soins

Les capacités d'accueil sont les suivantes

Nombre de lits en hospitalisation complète :	1593
Nombre de places en alternative à l'hospitalisation :	77
Nombre de postes d'hémodialyse :	28

Pour compléter ces données, on notera que le nombre total de journées d'hospitalisation s'élève pour l'année 2005 à 491 400, que le taux d'occupation en hospitalisation complète est de 84% et que la durée moyenne du séjour est de 6,6 jours.

Derrière ces données quantitatives brutes, les prestations assurées sont très diverses.

On dénombre en 2005, 22 500 interventions chirurgicales, 76 greffes de reins, 58 de cornées, 30 autogreffes de moelle et ... une allogreffe partielle du visage (première mondiale) mais aussi de multiples passages aux urgences (82 137), des appels traités par le 15 (97 819), des sorties SMUR (10 076) dont 598 hélicoptées, etc.

Ce bilan d'activités, même sommaire, par sa diversité, souligne que chacun d'entre nous a été, ou est susceptible d'être, ancien malade ou patient potentiel, confronté dans son quotidien à la réalité hospitalière.

Au sein du CHU notre recherche portera exclusivement sur les cadres de santé, responsables de pôles.

Les cadres de santé supérieurs responsables de pôles

Le CHU d'Amiens est réorganisé depuis 2005 autour de 17 pôles cliniques, médico-techniques et de gestion. Les 12 pôles cliniques et médico-techniques sont pilotés par le Comité Médico-Exécutif ou CMA constitué par le trio coordonnateur médical, cadre supérieur de santé et cadre administratif.

Responsable paramédical du pôle, les cadres de santé sont placés sous l'autorité hiérarchique de la Coordination Générale des Soins et de la Direction Générale et sous l'autorité fonctionnelle du responsable du pôle ; ils ont pour rôle d'encadrer les personnels paramédicaux du pôle, d'assister le médecin responsable du pôle pour l'élaboration du projet de pôle, la définition de la stratégie de sa mise en œuvre, son organisation, sa gestion et sur les modalités d'évaluation de ses activités. Ils doivent être responsables des prestations soignantes offertes au patient et de leur qualité et doivent coordonner les pratiques soignantes, la gestion des ressources humaines du pôle, la recherche en soins infirmiers et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Les cadres supérieurs de santé membres de CMA ont été nommés suite à un concours sur dossier ouvert à tous les cadres supérieurs de santé au CHU. La sélection a été opérée à partir de l'expérience professionnelle des candidats et de leurs motivations pour exercer des fonctions d'encadrement supérieur.

Méthodologie de la recherche

L'étude empirique s'inscrit dans une démarche de recherche-action conduite auprès de la direction des affaires générales du CHU.

La recherche action auprès de la direction des affaires générales du CHU.

La mission d'une durée de 12 mois à temps complet (année 2007), a pour objectif d'évaluer la démarche de la nouvelle gouvernance au CHU d'Amiens et de proposer des axes de pilotage.

Les entretiens semi-directifs.

En complément, nous avons mené une étude qualitative basée sur des entretiens semi directifs réalisés, en face à face, auprès de tous les cadres supérieurs de santé responsables de pôle (12 au total).

Le guide d'entretien élaboré reprend une série de questions classées sous les thèmes suivants :

- la nouvelle gouvernance en général : définition et objectifs
- les volets de la réforme : organisation polaire et contrat de pôle
- le rôle occupé au sein du CMA
- le positionnement du cadre
- les relations avec le reste du personnel

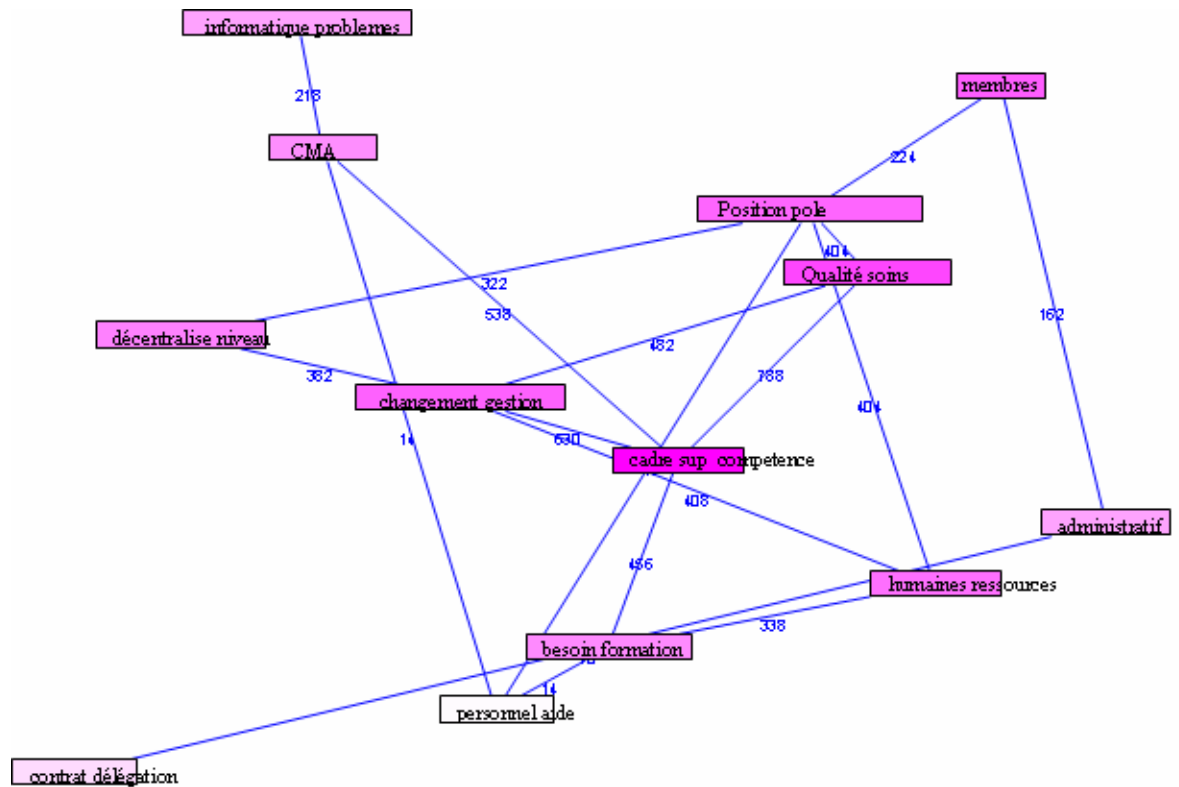
Les entretiens ont duré une quarantaine de minutes. Enregistrés, ils ont fidèlement été retranscrits afin de permettre leur analyse textuelle au moyen du logiciel Word mapper qui développe une méthodologie de classification fondée sur les associations multiples entre les mots au sein d'une même unité de sens. La classification en thèmes et en contextes est faite à partir d'une matrice de co-occurrences entre les mots. A partir des mots signifiants sélectionnés, Wordmapper permet de repérer les associations de mots dans un même contexte et d'isoler les différents contextes auxquels font référence les locuteurs. De plus, le logiciel permet d'éditer des graphiques, appelés Wordmap, représentant un ensemble de "clusters" (mots les plus souvent cités ensemble sans préfigurer de la nature du lien entre eux, association ou opposition) reliés entre eux.

Le croisement des résultats de la recherche action et de l'enquête qualitative par entretiens, la confrontation du discours des cadres de santé avec les observations de terrain, permettent de tester les hypothèses formulées et contribuent à une meilleure intelligibilité du positionnement des cadres de santé responsables de pôles au regard des enjeux de la réforme hospitalière.

III) Présentation et discussion des résultats :

Wordmapper permet l'analyse du discours des cadres de santé. Le graphique Wordmap¹ notamment synthétise le contenu des entretiens et permet de repérer les thèmes les plus importants.

Figure 1 : Wordmap



Le cluster « cadre supérieur compétence » qui comprend entre autres les groupes de mots « missions », « statut », « important », « responsable », « continuité », « rôle » figure au centre du graphique. Ce résultat n'est pas surprenant. Par définition, du fait de la réforme, le cadre supérieur de santé responsable de pôle voit ses compétences, son rôle, ses missions modifiées. Supervisant tous les responsables paramédicaux du pôle, son champ d'action s'agrandit.

Le cadre supérieur de santé responsable de pôle est sollicité par l'ensemble des unités constituant le pôle. Dans ce sens, un cadre de santé affirme : « Avant d'être au CMA, au niveau des ressources humaines soignantes mon rôle était de mutualiser et de

¹ La couleur foncée indique que le cluster comporte de nombreux liens entre les mots le composant. Les barres reliant dans certains cas deux clusters indiquent un lien statistiquement significatif entre les clusters.

garantir la qualité de la prise en charge sur le côté paramédical, donc c'était un peu d'évaluer les prises en charge, d'essayer de mettre en place des axes d'amélioration de prise en charge, d'affecter les ressources aux bons endroits, donc pour ça il n'y a pas de grosses différences, donc tout ce qui est démarches qualité et ressources humaines ne change pas, ce qui change depuis la mise en place des pôles d'activité c'est l'organisation générale de l'hôpital qui a un peu modifié l'organisation hiérarchique pyramidale en une hiérarchie par parcelles et la grosse différence et la difficulté qu'on commence à ressentir c'est qu'on est beaucoup plus sollicité par les directions fonctionnelles qu'avant. »

Se trouvant à la tête du pôle, le cadre supérieur de santé travaille en équipe avec un médecin coordonnateur et un cadre administratif et s'implique dans toute la stratégie du pôle qui englobe outre l'activité paramédicale, l'activité médicale et l'activité administrative. Largement évoquée par les interviewés, les interventions dans ces deux domaines constituent l'objet du changement perçu dans leurs rôles. Un des cadres assure que « Avant je ne m'étais cantonnée qu'aux problèmes paramédicaux, là maintenant on fonctionne plus en trinôme c'est-à-dire que je participe à des discussions médicales et administratives ; avant ce n'était que soignant c'est-à-dire que dès qu'il y avait un souci avec un médecin moi je sortais, là même si c'est un problème médical on participe à la discussion »

L'analyse des résultats montre que l'intégration des cadres supérieurs de santé dans le trio dirigeant impose un accroissement du champ d'action du cadre (le pôle) au-delà des activités purement paramédicale. Ainsi, le discours des cadres de santé confirme les changements induits par la nouvelle gouvernance, tant au niveau des rôles prescrits que des rôles assumés, notamment l'accroissement de la dimension relationnelle des missions.

H1a est donc confirmée.

<p>H1) l'intégration des cadres de santé dans les pôles de direction transforme leurs rôles :</p> <p>a) impose de nouvelles missions</p>
--

Toutefois, les modifications du rôle du cadre supérieur de santé sont perçues comme une évolution, non comme une révolution,. En effet, tous les cadres interrogés affirment que leur rôle au sein du Comité Médico-Exécutif (CMA) ne constitue pas une rupture

avec leur statut antérieur, mais s'inscrit dans la continuité de leur fonction. Ils restent chargés de garantir la qualité de la prise en charge des patients (le lien statistiquement significatif entre les clusters « cadre supérieur compétence » et « qualité soins » le prouve) et de gérer les ressources humaines de leur secteur ; des missions qui n'ont pas changé. L'accroissement de leur champ d'action ne modifie pas substantiellement leurs missions habituelles, leur priorité est toujours la garantie de la qualité des soins.

« Je suis soignante moi ce qui m'intéresse en premier c'est la garantie de la qualité des soins, et pour que je ne sois pas trop soumise aux pressions financières que peut me donner mon coordonnateur médical j'ai besoin de temps en temps de voir ma direction de soins qui me dit attention à la qualité de la prise en charge, et en plus j'ai besoin de son aide pour garantir une amélioration dans la qualité de la prise en charge, par exemple sur des techniques d'éducation, sur des techniques de prévention d'esquarres, des techniques de prévention d'infection aussi; ces grands thèmes transversaux il ne faut surtout pas qu'on les perde de vue »

Les cadres de santé se positionnent comme garant de la qualité des soins. Le lien entre le cluster cadre supérieur compétence et qualité soins est statistiquement vérifié. Cette préoccupation semble constituer un élément central de leur identité professionnelle. Maintenu, il assure le lien entre leurs anciennes et nouvelles fonctions.

Il y a accroissement du périmètre d'intervention du cadre plus qu'une transformation de la nature de la fonction

H1b est infirmée.

H1) l'intégration des cadres de santé dans les pôles de direction transforme leurs rôles :

b) implique une rupture avec leur statut antérieur de cadre de santé

Il est important de souligner à ce niveau que l'infirmité de cette hypothèse est étroitement liée au stade de développement de la réforme de la nouvelle gouvernance au CHU d'Amiens. Il n'en demeure pas moins qu'actuellement, le rôle du cadre supérieur de santé dans ses nouvelles missions se situe dans la continuité de son rôle traditionnel.

Dès lors, le besoin de nouvelles compétences pour gérer le pôle n'est pas ressenti comme une priorité absolue. Un interviewé précise « Aujourd'hui j'ai l'impression d'en avoir suffisamment et d'arriver à assumer mon rôle ».

Les formations suivies (un lien statistiquement significatif apparaît également entre les clusters « cadre supérieur compétence » et « formation besoin ») notamment les

jours CMA, leur ont permis d'appréhender leur nouveau rôle au sein du trio dirigeant. Le besoin d'une formation supplémentaire n'est pas ressenti ce qui rejoint l'idée selon laquelle de nouvelles compétences ne sont pas requises, à la question « Ressentez-vous le besoin d'une formation supplémentaire ? », un cadre répond

« Je dirai que si j'en ai plus tant mieux, mais j'y arrive avec ce que j'ai. Alors si demain ça se développe davantage et qu'on doit lire des tableaux ou faire une gestion comptable, là effectivement j'aurai besoin d'avoir des compétences supplémentaires et une formation supplémentaire ».

Ce résultat pourrait surprendre. En réalité, tenant compte de l'état d'avancement des pratiques de nouvelle gouvernance au sein du CHU d'Amiens les principales compétences requises pour exercer les fonctions de cadres de santé responsables de pôles concernent le management relationnel pour lequel les agents estiment que leur parcours professionnel antérieur les a assez bien préparé.

Tenant compte de l'état d'avancement des pratiques de nouvelle gouvernance au sein du CHU d'Amiens, les résultats montrent en effet que de nouvelles compétences ne sont pas requises pour exercer les fonctions de cadres de santé responsable de pôle ou plus exactement le besoin n'en est pas ressenti par les agents ce qui infirme H1c.

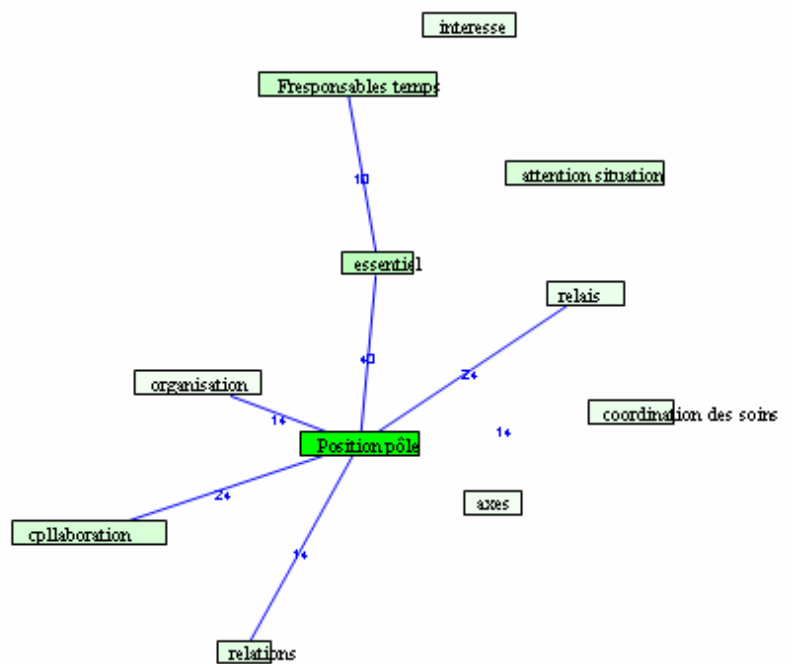
<p>H1) l'intégration des cadres de santé dans les pôles de direction transforme leurs rôles :</p> <p>c) suppose de nouvelles compétences</p>
--

Plus qu'auparavant les cadres sont agents de liaison, ce qui suggère un nouveau positionnement dans la structure hospitalière et consacre un rôle stratégique de relais entre le pôle coordination des soins et la direction générale. Les missions du cadre supérieur de santé membre de CMA font que c'est lui qui fait la synthèse entre des demandes et attentes de son pôle d'une part, et des demandes et attentes du pôle coordination des soins d'autre part.

Il y a là une véritable adéquation entre les rôles prescrits et les rôles effectivement assumés

Le cluster « position pôle » comprend outre « essentiel » les groupes de mots :, « organisation », « relais », « collaboration », « relations », termes qui soulignent l'importance prises par les relations dans les fonctions exercées.

Figure 2 : Clustermap « Position pôle »



Le cadre supérieur de santé a une position essentielle au sein de l'organisation hospitalière. Le clustermap « position pôle » fait apparaître que la relation la plus significative statistiquement relie position pôle et essentielle. En outre, le wordmap fait apparaître un lien significatif entre « changement gestion » et « cadre supérieur compétences » confirmant ainsi le rôle d'acteur de changement du cadre supérieur.

Ils peuvent contribuer à rompre avec la tradition hiérarchique (pratique administrative) et les cloisonnement entre services (culture hospitalière).

Son rôle est stratégique et comme le montrent nos résultats, son nouveau positionnement consacre son rôle d'acteur du changement. Notre hypothèse H2a est confirmée.

H2) le nouveau positionnement des cadres de santé leur assure un rôle stratégique dans la gestion du changement. Leurs nouvelles missions consacrent leur rôle d'acteur du changement

Les cadres interrogés sont, par ailleurs, partagés quant à leur appartenance, certains se sentent membres du pôle qu'ils pilotent, d'autres se sentent appartenir aux deux pôles

à part égale et le reste se sentent plutôt appartenir au pôle coordination de soins, le pôle auquel ils sont rattachés hiérarchiquement. Mais qu'est ce qui assure leur légitimité ?

Tous les interviewés affirment que leur position est liée aux compétences relationnelles et à leur personnalité, les $\frac{3}{4}$ attestent l'importance des compétences techniques mais personne ne mentionne les diplômes.

De plus, comme le montrent le contenu des entretiens et les liens statistiquement significatifs entre position pôle d'une part et collaboration et relation d'autre part, les cadres interrogés entretiennent en général de bonnes relations avec les membres de leur pôle d'affectation et le pôle coordination des soins. Un cadre témoigne

« Au quotidien je travaille très bien avec tout le monde, les choses sont claires pour les membres du pôle X, la chaîne hiérarchique est ainsi et ils la respectent »

Ne rencontrant pas de problèmes particuliers liés à l'obtention des informations, au travail en équipe ou à la collaboration avec les personnels des pôles, la légitimité de leur nouveau positionnement semble assurée. Ils sont reconnus comme cadres supérieurs responsables de pôle et au sein de leur pôle et au sein de l'hôpital.

De plus les cadres de santé bénéficient d'une légitimité suffisante au sein du pôle et au sein de toute l'institution (H2b confirmée).

H2b) le nouveau positionnement des cadres de santé leur assure un rôle stratégique dans la gestion du changement : leurs nouvelles missions leur assurent une légitimité suffisante

En effet, désigné au travers d'un concours sur dossier où l'accent est mis sur les compétences techniques et les diplômes, ils ne rencontrent pas de difficultés particulières pour imposer leur autorité. Ils sont respectés et entretiennent de bonnes relations avec tous les membres du pôle. Ils perçoivent que sa position est plus liée à ses compétences techniques et relationnelles et assoit sa légitimité grâce à ces deux types de compétences.

Enfin, la double casquette du cadre supérieur de santé de part son rattachement au pôle coordination des soins d'une part et son pilotage d'un pôle clinique ou médico-technique nous amène à la troisième hypothèse qui revient à nous demander si le fonctionnement concret des pôles ne soumet pas les cadres supérieurs de santé à des injonctions paradoxales.

Les interviewés s'accordent à confirmer que dans l'exercice de leurs nouvelles fonctions, on ne se comporte pas différemment avec eux. « *Je pense qu'ils avaient déjà pas mal de respect pour le cadre supérieur de santé et ils l'ont toujours, je ne pense pas que ça ait changé* » témoigne un interviewé.

La plupart sont par ailleurs considérés comme des membres du pôle (10 sur 12). Leurs relations avec les membres de leurs pôles sont bonnes et comme déjà évoqué ils déclarent tous ne pas avoir de problèmes particuliers de communication, de collaboration ou liés à l'obtention de certaines informations.

Le fonctionnement en pôles d'activité permet au contraire d'assurer, pour reprendre les propos d'un cadre, la cohérence institutionnelle.

Notre recherche permet d'appréhender un nouveau rôle du cadre supérieur de santé dans l'organisation hospitalière. La responsabilité de gérer un pôle d'activité accroît leurs marges d'autonomie et fait évoluer leurs rôles.

Les limites de la recherche doivent cependant être mentionnées, certaines sont liées au contexte étudié, d'autres à la méthode utilisée

Les cadres supérieurs de santé peuvent avoir tendance à adopter une position favorable aux changements impulsés par la direction à laquelle ils sont censés appartenir. Ils peuvent faire montre de solidarité en refusant de dévoiler un jugement personnel négatif sur la nouvelle gouvernance auprès d'un enquêteur dont le statut d'intervenant au sein de la direction et de chercheur peut inciter à la prudence malgré les précautions prises.

De même les conclusions n'ont pas vocation à être transposées dans tout le secteur hospitalier. L'état d'avancement de la réforme, les méthodes de conduite du changement influent fortement sur la manière dont les acteurs s'approprient le changement et dont celui produit des effets sur les acteurs dans l'organisation. Si les connaissances produites doivent donc être nécessairement être contextualisées, elles présentent un intérêt non négligeable concernant les conditions d'appropriation d'une réforme institutionnelle par un groupe d'acteurs.

- ALTER, N (2000)., *L'innovation ordinaire*, Paris, PUF, 2000.
- ALTER N.(1986), "Sociologie de l'entreprise et de l'innovation", *Puf*, Paris.
- ARGYRIS, C. et SCHON, D.(1978), "Organizational learning : A theory of action perspective", *Reading*, Addison-Wesley Publishing Company.
- AUTISSIER D. et MOUTOT J.M(2003), "Pratiques de la conduite du changement", *Dunod* Paris.
- BARBERIS P. (1998), "The New Public Management and a New Accountability", *Public administration*, Vol 76, autumn, p 451 - 470.
- BECKHARD, R.(1969), "Organizational Development : Strategies and Models", Addison Wesley Publishing Co
- BENNE K.D, CHIN R.(1969), "The planning of Change" , *Rinehart and Winston*, New York.
- BENNIS, W.G.(1966), "Changing Organizations : Essays on the development and evolution of human organizations", *McGraw-Hill*, New York.
- BERRY, M., (1983), *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, Centre de Recherche en Gestion de l'école polytechnique, p 1-96.
- BRABET J.(1993), "La gestion des ressources humaines en trois modèles", in BRABET J. et alii. , *Repenser la gestion des ressources humaines*, *Economica*, Paris
- BRAYBROOKE D., LINDBLOM C.E(1963), "A strategy of decision", *The Free Press*.
- BRUGGIMANN,O., J.MERCIER, G.PROBST et A.RAKOTOBARISON(1992), "Gérer le changement organisationnel", Tome II, *Les éditions Organisation*, Paris.
- CLOSET (de) F., (1989), *Le pari de la responsabilité*, Paris, Petite bibliothèque Payot
- CROZIER M. et FRIEDBERG E.(1977), "L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective", *Seuil*, Paris.
- CYERT, R.M. et J.G MARCH(1963), "A behavioral theory of the firm", *Englewood Cliffs*, Prentice-Hall.
- DAVID, A., (1998), "Outils de gestion et dynamique de changement", *Revue Française de Gestion*, n° 120, sept-oct, p 44-59.
- DEMERS C.(1999), "De la gestion du changement à la capacité de changer : l'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui", *Gestion*, Vol.24, n° 3, p.131-139.
- Di MAGGIO P.J. et POWELL W.(1983), "The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields", *American Sociological Review*, Vol. 48, april, p. 147-160.
- DOPSON, S., NEUMAN, J. E., (1998), "Uncertainty, contrariness and the double bind : middle managers reaction to changing contract", *British Journal of Management*, Sept, Special Issue conference, vol 9, Edition 3.
- DUFOUR Y . et OUIMET G.(1997), "Vivre et gérer le changement ensemble", *Revue Française de Gestion*, mars-avril-mai, pp23-40.
- FRIEDBERG, E.(1993), "Le pouvoir et la règle", *Editions du Seuil*, Paris.
- GALAMBAUD, B., 1991, *Des hommes à gérer*, ESF éditeur, paris, 2^{ème} édition, 209 p.

- GOMEZ P.Y.(1996), "Le gouvernement de l'entreprise : modèles économiques de l'entreprise et pratiques de gestion", *Inter-éditions*, Paris.
- HAFSI T. et FABI B.(1997),"Les fondements du changement stratégique", *Les éditions Transcontinental*.
- HALES, C., (2002), "Bureaucracy lite and continuities in managerial work", *British Management Journal*, vol 13, 51-66.
- INGRAHAM P. W., (1996), « Evolving public service system », *Handbook of public administration*, second edition, Josey Bass, p 375-391.
- KATZ, D., et KAHN, R. L., (1966), *The Social Psychology of Organizations*, John Wiley & Sons, New York, 498 p.
- KELLOUGH, J. E., And COLEMAN SELDEN, S., (2003) "The Reinvention of Public Personnel Administration : An Analysis of the Diffusion of Personnel Management Reforms in the States", *Public Administration Review* March/April, Vol. 63, No. 2, 165-176)
- KETTL, D. F., (1997), "The Global Revolution in Public Management: Driving Themes, Missing Links, *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 16, no. 3 (Summer), pp. 447-448.
- KOENIG G.(1994),"L'apprentissage, repérage des lieux", *Revue Française de Gestion*, janvier.
- KUFIDU, S., PETRIDOU, E., MIHAIL D., (1997) "Upgrading managerial work in the Greek civil service", *International Journal of Public Sector management*, vol 10, N°4, , 244-253.
- LE GOFF, J-P., (2000), *Les illusions du management, Pour le retour du bon sens*, Editions la découverte, Paris, 2 ème édition.
- LE SAOUT, R., et SAULNIER, J-P., *L'encadrement intermédiaire, Les contraintes d'une position ambivalente*, L'Harmattan, Logiques sociales, p 123-138.
- LIVIAN, Y.F., et BURGOYNE, J., (1997), *Middle managers in Europe*, Routledge.
- LOSCHAK, D., (1985), "Le sens hiérarchique", in *Psychologie et science administrative*, ouvrage collectif, CURAPP, PUF, 288 p.
- MATHIASSEN D. G. (1996), « The New Public Management and its critics », *International Public Management journal*, Vol 2, N°1. ([www. Willamette. Org /ipmn /research /journal /journal2. html](http://www.Willamette.Org/ipmn/research/journal/journal2.html))
- MENARD C.(1995), "La nature de l'innovation organisationnelle : éléments de réflexion", *Revue d'Economie Industrielle*, Numéro spécial, Développements récents.
- MILLER D. et FRIESEN P.,(1984), "Organizations : A Quantum View", Prentice-Hall.
- MINTZBERG. H,(1982), "Structure et dynamique des organisations", *Editions Organisations*, Paris.
- MOISDON, J. C., (1997), *Du mode d'existence des outils de gestion. Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, Editions Seli Arslan, 286 p.
- NOMDEN, K., (2003), « Gestion publique des ressources humaines, tendances marquantes au plan international », dans EMERY, Y., et GIZAUQUE, D., *Sens et paradoxes de l'emploi public au XXI ème siècle*, Presses Polytechniques et Universitaires romandes, Lausanne
- NONAKA I. (1994), "A dynamic theory of organizational knowledge creation", *Organization Science*, vol 5.
- PETTIGREW, A.(1985), "The awakening Giant : Continuity and Change in ICI", Oxford Blackwell.
- PICHAULT F.(1993), "Ressources humaines et changement stratégique, vers un management politique", *Boeck Université*, Bruxelles.

- RALLET A.(1993), "Réseaux télématiques et efficacité organisationnelle : dysfonctionnements ou inadaptation", *Quaderni*, n°20.
- RECASCINO WISE, L., (1996), "Enhancing employee performance", *Handbook of public administration*, second edition, Josey Bass, p 392-404.
- REICHARD, C., (1996), "Education and training for new public management", *international public management journal*, vol 2, n°1, [www.willamette.org/ipmn/research/journal/journal2 .html](http://www.willamette.org/ipmn/research/journal/journal2.html).
- REIX. R.(1998), "Systèmes d'information et management des organisations", *Edition Vuibert*, Paris.
- REYNAUD J.D (1979), "Conflit et régulation sociale. Esquisse d'une théorie de la régulation conjointe", *Revue Française de Sociologie*, vol 10
- ROMSEK, B. S., (1996), « Enhancing accountability », *Handbook of public administration*, second edition, Josey Bass, p 97-114.
- SERIEYX, H., (1992), « Les stratégies de changement », *Revue Politiques et Management Public*, vol 10, n°1, mars, p 137-150.
- THOMPSON J.D(1967), "Organization in Action", McGraw-Hill.
- TROUVE, P., (1998), (sous la direction de), *Le devenir de l'encadrement intermédiaire*, La Documentation Française, Cahier Travail et Emploi, 241p.
- TUSHMAN, M and ROMANELLI, E.(1985), "Organizational evolution : A metamorphosis model of convergence and reorientation", dans Cummings,LL et Staw B. "Research in Organizational Behavior", JAI Press, vol 7.
- UYTERHOEVEN H. (1989), « General Managers in the Middle », *Harvard Business Review*, september-october, p 136-145.
- VANDENGEON-DERUMEZ I.(1998), "La dynamique du processus de changement", *Revue Française de Gestion*, septembre-octobre pp120-138.