



EHESP

Directeurs des soins

Promotion : **2014**

Date du Jury : **décembre 2014**

**La collaboration entre
le directeur général
et le directeur des soins
en établissement public de santé :
un réel enjeu pour un pilotage
institutionnel partagé et éclairé**

Sandrine DELTOMBE

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent à Monsieur Jacques Lefin, pour ses encouragements bienfaisants, les conseils qu'il a su me donner à des moments clés, les remarques toujours à propos ainsi que ses corrections très précises.

Un grand merci également à Monsieur François-Xavier Schweyer, sociologue, pour ses orientations et conseils. Qu'il trouve ici le témoignage de toute ma gratitude.

À l'ensemble des personnes, qui m'ont accordé leur confiance en acceptant de participer aux entretiens. Je leur suis tout particulièrement reconnaissante pour le temps accordé et leur implication.

Je remercie également le binôme d'évaluateurs des notes d'étape de ce mémoire professionnel : Madame Catherine Dagoret Chevreux et Monsieur Jean-René Ledoyen, ainsi que Madame Elisabeth Cosson pour ses enseignements méthodologiques.

Je remercie enfin, celles et ceux qui directement ou indirectement ont soutenu ma démarche et en particulier mes proches.

Sommaire

Introduction	1
1 De la définition de la collaboration à sa mise en œuvre	9
1.1 Une définition « plurielle » qui appelle d'autres notions	9
1.2 Les conséquences des évolutions hospitalières	11
1.2.1 Les conséquences sur l'organisation institutionnelle	12
1.2.2 Les conséquences pour les acteurs principaux	13
1.3 Un nouveau rôle pour le directeur des soins	16
1.3.1 Des outils pour collaborer.....	18
1.3.2 Vers un nouveau pilotage hospitalier.....	21
2 L'enquête de terrain	23
2.1 La méthodologie d'enquête	23
2.2 Les résultats.....	25
2.2.1 Par thématiques.....	25
2.2.2 Par étude comparative des binômes	30
2.3 Confrontation de l'analyse avec les hypothèses	32
3 Les préconisations	34
3.1 Les préconisations révélées par l'enquête.....	34
3.2 D'autres préconisations envisageables en qualité de futur directeur des soins..	41
Conclusion	45
Bibliographie	I
Liste des annexes	V

Liste des sigles utilisés

A.F.D.S.	A ssociation F rançaise des D irecteurs des S oins
A.P.H.P.	A ssistance P ublique des H ôpitaux de P aris
A.R.S.	A gence R égionale de S anté
C.H.T.	C ommunauté H ospitalière de T erritoire
C.H.U.	C entre H ospitalier U niversitaire
C.L.I.N.	C omité de L utte contre les I nfections N osocomiales
C.M.C.	C ommission M édicale C onsultative
C.M.E.	C ommission M édicale d' E tablissement
C.N.G.	C entre N ational de G estion
C.O.P.E.R.M.O.	C omité interministériel de P erformance et de la M odernisation de l' O ffre de soins
C.P.O.M.	C ontrat P luriannuel d' O bjectifs et de M oyens
C.S.	C adre de S anté paramédical
C.S.I.R.M.T.	C ommission de S oins I nfirmiers de R ééducation et M édico Techniques
D.G.	D irecteur G énéral
D.H.	D irecteur d' H ôpital
D.R.H.	D irecteur des R essources H umaines
D.S.	D irecteur des S oins
E.H.E.S.P.	E cole des H autes E tudes en S anté P ublique
E.P.R.D.	E tat P révisionnel des R ecettes et des D épenses
F.H.F.	F édération H ospitalière de F rance
F.I.D.E.S.	F acturation I ndividuelle D es E tablissements de S anté
G.C.S.	G roupement de C oopération S anitaire
H.A.S.	H aute A utorité de S anté
H.P.S.T.	H ôpital, P atients, S anté et T erritoires
I.F.S.I.	I nstitut de F ormation en S oins I nfirmiers
J.O.	J ournal O fficiel
M.C.O.	M édecine C irurgie O bstétrique
M.I.P.	M odule I nter P rofessionnels
P.R.E.	P lan de R etour à l' E quilibre
S.I.E.	S tage I nter E coles
S.R.O.S.	S chéma R égional d' O rganisation des S oins
T.2.A.	T arifcation A l' A ctivité

Introduction

Une démarche novatrice

Les établissements de santé se trouvent confrontés à une remise en question de leurs modes de fonctionnement. Les changements économiques, socio-démographiques et technologiques actuels exercent des pressions pour une transformation majeure en faveur d'une plus grande intégration des services offerts. Ceci constitue un énorme défi pour le système de soins. L'extrême complexité structurelle des hôpitaux et les enjeux auxquels ils sont confrontés rendent obsolètes les structures actuelles d'organisation et de fonctionnement souvent hérités de leur histoire. Ces modalités, bien qu'efficaces en leur temps ne permettent plus de répondre aux enjeux actuels qui sont de générer de « nouvelles capacités collectives »¹ correspondant à la découverte, la création ou l'acquisition de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnement et d'apprentissage collectifs, indispensables pour contrer la rigidité organisationnelle intrinsèque de la plupart des organisations de santé. Ces changements ont des implications importantes sur la manière dont les soins seront dispensés, en effet, de nouveaux types de soins nécessitent de nouvelles configurations des bâtiments, des ressources humaines aux compétences différentes et de nouveaux modes de travail. Par ailleurs, les tentatives récentes de réformes, visant l'amélioration des systèmes de santé, ont surtout mis l'accent sur les composantes macro-structurelles et plus particulièrement sur le financement de ces systèmes au détriment des composantes micro-structurelles. Les changements dans les structures hospitalières ont jusque-là été limités. Par conséquent, les hôpitaux sont appelés à s'adapter en interne, en accordant surtout une plus grande place à l'innovation. Il devient donc impératif d'envisager de nouvelles approches pour réduire la fragmentation croissante dont souffrent les services de santé et qui handicapent significativement une démarche cohérente pour davantage de qualité, d'équité, de pertinence et d'efficience. De nouveaux modèles de pratiques professionnelles favorisant le décloisonnement doivent être envisagés comme une collaboration renforcée entre professionnels de santé. Une telle collaboration établirait des liens plus étroits au profit des professionnels de santé, des patients, de l'organisation et du système². Ce travail de recherche se concentre sur l'importance des éléments susceptibles d'influencer la collaboration entre le directeur d'établissement et le directeur des soins car celle-ci interfère sur le pilotage institutionnel et affecte donc le système, l'organisation, les professionnels et les patients.

¹ Crozier M., Friedberg E. 1977 « L'acteur est le système », p 500. Seuil

² D'Amour D., Oandasan I., 2004 « Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient-Centred Practice. Ottawa : santé Canada »

Des approches diverses de la fonction

La fonction de directeur des soins, encore récente, est aujourd'hui impliquée dans le gouvernement de l'hôpital. En quelques années, les directeurs des soins ont montré la plus-value de leur métier que certains jugent indispensable. Comme le souligne Monsieur Gérard Vincent, délégué général à la Fédération Hospitalière de France (F.H.F.) « *La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (H.P.S.T.) a consacré une place nouvelle au directeur des soins, en le positionnant membre du directoire. Au cœur de l'équipe de direction pour apporter son expertise au chef d'établissement quant à la politique de soin ; le directeur des soins est un acteur de premier plan de la réorganisation des activités et des prises en charge des patients. De nouvelles missions et de nouvelles responsabilités s'imposent à lui dans la mise en œuvre des politiques de coopération au niveau territorial face aux enjeux de santé publique, de transversalité des parcours de soins, de démographie professionnelle, de performance et d'efficience. Les directeurs des soins peuvent compter sur l'indéfectible soutien de la Fédération Hospitalière de France* »³. Monsieur le docteur Frédéric Martineau, président de la conférence des présidents de la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.) des centres hospitaliers, a une représentation du directeur des soins qui complète celle de Monsieur Gérard Vincent : « *engagé dans la vie institutionnelle, le directeur des soins en partage les enjeux stratégiques et adapte son management dans le cadre de l'organisation des soins. De par ses fonctions et sa responsabilité dans la qualité et la gestion des risques associés aux soins, le directeur des soins exerce dans nos établissements un rôle fondamental. De plus, dans le cadre de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, il siège au sein du directoire en sa qualité de président de la Commission de Soins Infirmiers et Rééducation Médico Techniques (C.S.I.R.M.T.). Exercer ce métier nécessite donc une grande capacité d'intégration de sujets complexes, d'animation d'un projet de soins en lien avec le président de la C.M.E. garant du projet médical* »⁴.

Toutefois, au cours de mes expériences professionnelles, durant les stages réalisés dans le cadre de la formation de directeur des soins et lors d'échanges avec d'autres élèves directeurs des soins, après leurs entretiens de recrutement, force est de constater que certains chefs d'établissement éprouvent des difficultés pour rédiger la fiche de poste de « leur » directeur ou futur directeur des soins. Pourtant, le décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010⁵ portant sur le statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière et le référentiel de 2010⁶ énumèrent clairement les compétences du directeur de soins, mais il semble que beaucoup ne se soient pas encore

³ A.F.D.S., E.H.E.S.P., F.H.F., « plaquette de présentation du métier de directeur des soins »

⁴ A.F.D.S., E.H.E.S.P., F.H.F., « plaquette de présentation du métier de directeur des soins »

⁵ Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

⁶ Référentiel métier de directeur des soins de mars 2010

approprié ces outils. Ce constat a été conforté en juin 2014 suite à la publication au Journal Officiel (J.O.) des vacances de postes de directeurs de soins⁷. En effet, en amont et lors des entretiens de recrutements, peu d'élèves directeurs ont eu accès à une fiche de poste reprenant leurs futures missions.

Nous pouvons aussi remarquer que les relations entre le directeur des soins et le directeur d'établissement sont variables d'un hôpital à l'autre. Selon différentes sources, le positionnement du chef d'établissement influence la mise en œuvre des missions du directeur des soins. Certains directeurs d'hôpital considèrent le directeur des soins comme un collaborateur essentiel du chef d'établissement, partenaire majeur du pilotage de l'hôpital. La déclaration de Monsieur Frédéric Boiron, directeur général du Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U.) de Saint-Etienne le démontre : « *le directeur des soins joue un rôle essentiel au sein du comité de direction. Connaissant le quotidien des équipes grâce à son expérience de terrain, sachant allier aux préoccupations stratégiques et managériales les nécessités de l'organisation, il fait un pont pertinent et utile entre l'activité clinique et le pilotage de l'établissement. Le chef d'établissement s'appuie sur sa vision systémique et sa connaissance des communautés médicales, dont il se distingue cependant par un sens plus développé du travail d'équipe* »⁸. L'expérience et la spécificité du directeur des soins sont perçues comme des atouts. D'autres directeurs d'établissement, au contraire, attendent du directeur des soins l'application des décisions prises, un rôle essentiellement opérationnel.

Dans certains cas, les relations entre le directeur général et le directeur des soins apparaissent complexes voire difficiles. Il n'est pas exceptionnel de constater l'insatisfaction de certains directeurs d'hôpital quant aux compétences et à la collaboration existantes avec « leur » directeur des soins. Insatisfaction qui peut se traduire par une incitation à la mobilité de ces derniers. Par ailleurs, certains directeurs des soins rencontrent des difficultés dans leur travail quotidien, se manifestant parfois par un mal-être et/ou un épuisement professionnel. Ces situations sont, dans la plupart des cas, décrites mais rarement exprimées ouvertement. Leurs manifestations s'expriment de différentes façons : arrêt maladie, fuite de l'exercice en gestion, souhait d'exercer dans d'autres établissements, dans des établissements de santé non concernés par la tarification à l'activité, orientation vers la pédagogie, départ anticipé à la retraite...

Les descriptions reprises précédemment démontrent que les attentes du directeur d'établissement à l'égard du directeur des soins sont variées. Il est vrai que l'évolution progressive depuis l'identité de l'infirmière générale jusqu'à la notion de coordonnateur général des soins, a eu pour conséquence un changement de posture, inscrivant le directeur des soins à un niveau stratégique et politique, en tant que membre du directoire

⁷ Avis de vacance d'emplois de directeur des soins de la fonction publique hospitalière réservé aux élèves directeurs des soins. JORF n°0141 du 20 juin 2014

⁸ A.F.D.S., E.H.E.S.P., F.H.F., « plaquette de présentation du métier de directeur des soins »

et représentant des paramédicaux au sein de l'équipe de direction. Connaitre la fonction d'un directeur des soins s'apprend et elle se découvre principalement sur le terrain, c'est du moins ce que laisse supposer la façon dont les élèves directeurs d'hôpital perçoivent la fonction de directeur des soins. En effet, lors des travaux réalisés en inter-filialités la semaine du 8 janvier 2014, les élèves directeurs d'hôpital de première année, donnent une description du directeur des soins comme étant « *le professionnel gérant les infirmières* ». Pendant le stage inter écoles, réalisé la semaine du 3 mars 2014, les élèves directeurs d'hôpital de deuxième année, décrivent le directeur des soins comme « *la personne ressource au niveau de l'équipe de direction, le professionnel vers qui je vais m'orienter pour avoir la connaissance de l'institution, pour bénéficier d'un éclairage et si besoin d'une aide. C'est un professionnel incontournable* ». Certes les travaux communs réalisés entre les élèves directeurs d'hôpital et les élèves directeur des soins (Stage Inter Ecoles (S.I.E.), Module Inter Professionnels (M.I.P.), santé publique, présentation des métiers) amorcent un processus de connaissance mais un travail d'apprentissage reste nécessaire.

La variété des représentations de la fonction de directeur des soins peut s'expliquer aussi par le fait que certains directeurs d'hôpital ont parfois vécu des expériences difficiles avec un ou des directeur(s) de soins et cela concourt à ce qu'ils aient des représentations négatives à l'égard du groupe professionnel des directeurs de soins.

Dans la pratique, d'autres situations sont observables, certains directeurs d'établissements obligent leur directeur de soins à revisiter rapidement leurs missions en déployant à l'extrême l'ordonnance du 2 mai 2005⁹, qui constitue la première réforme de l'organisation interne des établissements publics de santé. Dans ce contexte, les délégations de gestion remettent en question une partie du pouvoir et de la légitimité des directeurs de soins, les mettant à mal et donc pour certains sur le départ. D'autres directeurs d'établissement positionnent des cadres supérieurs paramédicaux en qualité de faisant fonction de directeur des soins. Cette situation, même si elle peut revêtir d'autres finalités, démontre néanmoins que les missions assurées théoriquement par le directeur des soins sont indispensables. Enfin, lorsque la collaboration se passe bien, il arrive à certains chefs d'établissement de proposer, lors de leur mobilité géographique, au directeur de soins de les accompagner.

Stratégiquement, le directeur des soins n'est-il pas le tiers, médiateur ou interface des logiques médicales et administratives, et le représentant de quatre-vingt pour cent du personnel hospitalier dont les cœurs de métier sont centrés sur les soins ? Cet état de fait justifie une gestion pertinente et en adéquation avec la politique institutionnelle, impulsée par le directeur d'établissement en cohérence avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de

⁹ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. JORF n°102 du 3 mai 2005

Moyens (C.P.O.M.) et en concertation avec le président de la C.M.E., l'équipe de Direction et le Directoire.

Une fonction à valoriser

L'intérêt professionnel pour ce sujet résulte d'un ensemble d'éléments. Certains termes bénéficient, à un moment donné de l'histoire, d'un engouement certain. Il en est ainsi de la collaboration. La question de la collaboration entre le directeur d'établissement et le directeur des soins est souvent abordée lors d'échanges informels. Quant à sa mise en œuvre, elle est rarement déclinée. La collaboration telle que nous l'entendons dans ce travail, renvoie aux notions de coopération, de partenariat. Elle requiert un apprentissage, une définition de règles précises car elle dépasse le seul registre hiérarchique. Elle suppose échanges, confiance, reconnaissance mutuelle. Elle est le fondement d'une organisation efficace pour un pilotage institutionnel éclairé. La collaboration occupe une place centrale et prépondérante qui justifie d'en étudier les modalités.

En qualité de futur directeur des soins, il me semble fondamental de pouvoir réfléchir à cette collaboration pour diverses raisons. A l'heure où les établissements de santé publique connaissent des évolutions importantes, les attentes concernant les acteurs institutionnels sont de plus en plus fortes, en conséquence cela justifie de prendre le temps de réfléchir à la façon dont les acteurs souhaitent travailler ensemble pour assurer un pilotage institutionnel optimal.

Un autre intérêt de cette étude peut être avancé. Lors de la présentation du pacte de confiance le 4 mars 2013¹⁰, par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine, réaffirmait la place et le rôle du directeur des soins. Malgré cela, les rapports d'activité du Centre National de Gestion¹¹ (C.N.G.) confirment que l'évolution démographique du corps professionnel des directeurs des soins est défavorable. En effet, le nombre d'inscriptions au concours de directeur des soins décroît régulièrement depuis 2005. Comprendre les motifs de cette désaffection n'est pas aisé dans le contexte actuel. Différentes causes sont envisageables¹² : la première serait basée sur le statut apparaissant aujourd'hui peu attractif au regard des responsabilités, la seconde, concerne la faiblesse des perspectives de carrière et le projet professionnel des directeurs des soins, la troisième renvoie aux conditions d'exercice et plus précisément, au juste positionnement du directeur des soins sur une échelle de missions et de responsabilités. Certains éléments sous-tendent la notion de collaboration et principalement la collaboration que peut entretenir un directeur des soins avec le directeur

¹⁰ Couty E., Scotton C., « pacte de confiance » pour l'hôpital, rapport de synthèse concernant l'évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements publics de santé, mars 2013

¹¹ Site de la FHF - Management « développer l'accès à la formation de directeur des soins : un enjeu pour le DS en établissement »

¹² Question publiée au JO du 18/06/2013

d'établissement, « son » supérieur hiérarchique. Etudier et clarifier ce que recouvre la collaboration entre ces deux professionnels serait peut-être une piste de travail pour rendre plus attractif le métier de directeur des soins.

Enfin, la dernière raison qui suscite mon intérêt pour ce sujet est davantage personnelle. Lors de ma prise de fonction, je serai une « jeune » directrice des soins et serai amenée à travailler avec différents directeurs d'établissement au cours de ma carrière. C'est pourquoi, il me semble important de réfléchir sur ce sujet afin de mieux appréhender ce que recouvre la collaboration entre le directeur d'établissement et le directeur des soins pour être en capacité d'identifier les attendus, de mieux cerner les éléments interférant dans la collaboration et ainsi, réfléchir sur le positionnement adéquat que je m'efforcerai d'adopter. Ces différents aspects permettent d'envisager un travail de recherche concernant l'analyse des relations entre le directeur d'établissement de santé et le directeur des soins, notamment sur l'étendue et les enjeux d'une collaboration.

D'où l'émergence de la question centrale suivante :

Peut-on repérer et définir, à partir de situations de travail concrètes, les leviers et les freins éventuels à l'instauration d'une collaboration entre le directeur général et le directeur des soins en établissement public de santé ?

Ce travail de recherche va tenter d'élucider ce qu'est la collaboration; il n'a en aucun cas, la prétention de vouloir y répondre de façon exhaustive. Il convient, dans un premier temps, de définir la collaboration, sa mise en œuvre et les enjeux en la resituant dans le contexte et l'actualité de la fonction publique hospitalière. Puis, nous décrivons le travail d'enquête de terrain, sa méthodologie et les résultats de l'analyse, éclairés par les lectures, nous présenterons aussi les difficultés rencontrées et les limites de la recherche. Nous souhaitons confronter les hypothèses suivantes :

- La collaboration entre le directeur d'établissement et le directeur des soins ne se résume pas à une relation bilatérale, mais elle peut être analysée dans un système de relations plus étendues qui est pour partie déterminé par des facteurs structurels et pour partie créé par les acteurs eux-mêmes et leurs capacités à investir leur fonction et à saisir les opportunités d'actions,
- Il existerait des facteurs structurants tels que le champ d'activité donné au directeur des soins, la définition plus précise du poste, la satisfaction partagée des acteurs. La conception qu'a le directeur d'établissement sur le rôle de directeur des soins, est déterminante pour développer le champ d'actions de ce dernier,

- La relation entre le directeur d'établissement et le directeur des soins dépend en partie de la capacité du directeur des soins à faire évoluer son répertoire de compétences,
- Existerait-il une ambiguïté structurelle de positionnement du directeur des soins liée au fait que le directeur d'établissement soit en dialogue avec le président de la C.M.E. et qu'il n'y ait pas de « place » pour une troisième voie avec le directeur des soins ?

Enfin, dans une dernière partie nous présenterons un certain nombre de perspectives et de préconisations.

1 De la définition de la collaboration à sa mise en œuvre

1.1 Une définition « plurielle » qui appelle d'autres notions

Au sein d'une organisation, « *la plupart des activités humaines ne sont pas des activités individuelles et solitaires : elles sont le produit d'actions concertées et coordonnées de plusieurs personnes* »¹³. Concertation et coordination ne peuvent donc se faire sans une étroite collaboration entre les acteurs concernés. Friedberg¹⁴, ne pose-t-il pas la construction de la collaboration entre les personnes comme la question centrale de toute organisation ? La collaboration se définit comme un processus par lequel deux ou plusieurs personnes ou organisations s'associent pour réaliser un travail suivant des objectifs communs. La collaboration interprofessionnelle est un concept important pour les organisations quelle que soit leur nature. Dans le secteur de la santé, et plus particulièrement dans les hôpitaux, ce concept prend une importance particulière si l'on considère que le fonctionnement des services de santé appelle de plus en plus à un haut degré de coordination entre les différents professionnels. La collaboration est un phénomène complexe dont les définitions restent variables. Un des éléments principaux d'une approche collaborative consiste à identifier un langage commun.

Les définitions utilisent une variété de termes pour représenter les relations entre les professionnels de disciplines différentes qui offrent des services simultanés aux patients.

Ces définitions font le plus souvent référence à la collaboration interdisciplinaire.

Dans la littérature, les termes « interdisciplinaire » et « interprofessionnel » sont souvent utilisés de manière interchangeable. Chaque membre d'une équipe interdisciplinaire - interprofessionnelle, fort de ses compétences spécifiques, animé par un esprit réciproque de tolérance et de confiance, doit ouvrir les frontières de son territoire pour permettre une plus grande flexibilité dans le partage des responsabilités pour conduire à la meilleure collaboration possible. La collaboration interprofessionnelle suppose un processus dynamique et continu. Il est donc important de sélectionner des équipes avec des aptitudes et des personnalités adéquates. Mais, la réalité de la pratique est telle que le professionnel, avec qui il faut collaborer, n'est pas toujours celui que l'on souhaiterait.

Le terme de collaboration n'est pas perçu de manière identique par chacun, il peut impliquer l'idée de partage, de partenariat, d'interdépendance, de pouvoir. Sa traduction dans la réalité renvoie au contexte humain de l'équipe.

Deux notions essentielles doivent alors être abordées : celle de l'équipe et celle du pouvoir.

¹³ Romelaer P. 2002. « Organisation : panorama d'une méthode de diagnostics », université Paris Dauphine

¹⁴ Friedberg E 1993 « le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée », p 329. Seuil

La notion d'équipe décrit le contexte humain dans lequel la collaboration se développe. Dans le monde de la santé, l'application de cette notion n'est pas évidente. Les formes d'équipes sont infinies. Elles peuvent être des équipes de soins, des équipes administratives ou mixtes. De par leur statut, les équipes administratives sont stables à l'inverse des autres.

Le pouvoir occupe une place importante dans le contexte hospitalier puisqu'il émane surtout des connaissances et de l'expertise des professionnels plutôt que des fonctions. Certaines professions bénéficient, par tradition, d'une suprématie qui leur permet de se positionner au-dessus des règles de fonctionnement adoptées. Ce pouvoir, s'il veut répondre à tous les besoins de la personne, doit être partagé par tous les membres de l'équipe et ne plus être l'apanage d'une seule profession.

Au-delà des différentes représentations, la collaboration peut s'envisager comme un moyen pour améliorer les relations au travail dont les patients seront les principaux bénéficiaires.

Compte tenu de la multiplicité des définitions concernant la collaboration, notamment interprofessionnelle, il est important à présent de n'en retenir qu'une pour la suite de notre travail. Mon choix s'est arrêté sur celle proposée par D'Amour : « *la collaboration interprofessionnelle est faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients* ». Elle consiste aussi en « *la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et ces deux éléments avec des structures englobantes* »¹⁵. Cette définition, tout en mettant l'accent sur la collaboration comme processus, insiste aussi sur les acteurs, la formalisation des relations et les influences externes à l'aire du travail.

Dans ce modèle, D'Amour divise le processus de collaboration en quatre dimensions qui s'influencent mutuellement.

- Deux dimensions relationnelles :
 - ✓ La finalisation, correspond à l'existence d'objectifs communs et à leur appropriation par les membres de l'équipe, ainsi qu'à la reconnaissance de l'existence de motifs divergents, de la diversité des définitions et des attentes liées à la collaboration,
 - ✓ L'intériorisation, se réfère à la prise de conscience par les membres du groupe de collaboration de leur interdépendance mutuelle des valeurs et des

¹⁵ D'Amour D., 1997. « Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. Thèse de doctorat en santé publique, Université de Montréal, Québec »

cadres disciplinaires ainsi que des rapports de confiance et un consensus autour du partage des responsabilités,

- Deux dimensions organisationnelles :
 - ✓ La formalisation signifie l'ensemble des règles nécessaires pour réguler l'action par un renforcement des structures,
 - ✓ La gouvernance traite de la centralité, du leadership, de l'expertise et de la connectivité.

Les éléments décrits précédemment mettent en évidence l'importance des facteurs environnementaux sur la collaboration. En effet, les tailles d'établissements, leur catégorisation (Centre Hospitalier Général, Centre Hospitalier Universitaire) et donc leurs missions, leur situation financière sont des éléments à prendre en considération dans la collaboration. Prenons par exemple, un directeur de soins qui exerce dans un C.H.U., son collaborateur principal sera davantage le directeur adjoint de site plutôt que le directeur d'établissement. Sa collaboration sera aussi influencée si ce directeur adjoint est en parallèle directeur d'appui d'un ou plusieurs pôle(s). De même, le directeur de soins en exercice est-il le seul sur l'établissement ? Donc directeur coordonnateur général des soins. Ces notions influencent la collaboration entre le directeur des soins et le directeur général.

D'où la nécessité de préciser notre question de départ :

Peut-on repérer et définir, à partir de situations de travail concrètes, les leviers et les freins éventuels à l'instauration d'une collaboration interprofessionnelle entre le directeur général et le directeur coordonnateur général des soins en établissement public de santé ?

Afin de faciliter la lecture de ce travail, lorsque nous ferons référence au directeur des soins, cela renverra au directeur coordonnateur général des soins.

1.2 Les conséquences des évolutions hospitalières

L'hôpital est le lieu de rencontre de quatre pouvoirs : le pouvoir des élus locaux, le pouvoir de l'Etat, le pouvoir du directeur, le pouvoir des médecins. Toutes les réformes relatives à l'organisation interne de l'hôpital portent sur l'équilibre entre ces quatre pouvoirs. Cependant, la réglementation régissant l'organisation des établissements de santé influence la représentativité des différents pouvoirs. Au sein même de l'hôpital des instances stratégiques - décisionnelles et des instances consultatives cohabitent.

Par ailleurs, quelques évolutions sont venues modifier les organisations et le fonctionnement hospitalier :

- L'ordonnance du 2 mai 2005¹⁶ marque le début d'une « nouvelle gouvernance hospitalière », dont l'objectif était de décloisonner l'hôpital en rapprochant les logiques médicales et administratives, de responsabiliser et d'associer les différents acteurs, notamment ceux du terrain par le biais de la constitution de pôles d'activités,
- La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, promulguée en juillet 2009¹⁷, a pour intention de clarifier le rôle des instances de gouvernance au sein des hôpitaux, voire de créer de nouvelles instances de pilotage. Les objectifs de la réforme sont de :
 - ✓ Décloisonner les fonctions et les logiques médicales, administratives et soignantes,
 - ✓ Responsabiliser les acteurs par la diffusion de la culture médico-économique et l'appropriation des outils de pilotage,
 - ✓ Rapprocher la gestion du terrain et la mise en œuvre de la stratégie médicale grâce aux pôles d'activités et la constitution d'unités médico-économiques de taille critique,
 - ✓ Adapter au mieux l'activité et les organisations dans le contexte de passage à la tarification à l'activité (T.2.A.).

Ces deux réformes affectent fortement l'organisation institutionnelle et les relations entre les principaux acteurs.

1.2.1 Les conséquences sur l'organisation institutionnelle

Au départ, il y a une séparation entre le directeur qui gère les comptes et le fonctionnement institutionnel et logistique, et le médecin qui gère les soins et la médecine. A cette organisation se substitue désormais une intégration des deux pouvoirs : celui du corps médical et celui de la direction.

Ainsi, la Commission Médicale Consultative (C.M.C.) créée en 1941, devient la commission médicale d'établissement en 1991.

Le conseil exécutif instauré en 2005 devient le directoire en 2009, la création des centres de responsabilités de 1984 évolue vers les pôles en 2005 avec la volonté de mise en place d'un système de délégation de gestion du directeur vers les responsables de pôles

¹⁶ Ibidem

¹⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n° 0167 du 22 juillet 2009

qui deviendront en 2009 des chefs de pôles. Actuellement, l'hôpital est dirigé par un directeur assisté d'un directoire et supervisé par un conseil de surveillance. Le corps médical est représenté par la commission médicale d'établissement et son président dispose de prérogatives particulières. Les personnels non médicaux sont associés aux décisions de manière consultative et représentés par le directeur des soins. Des instances spécialisées interviennent également dans le fonctionnement institutionnel. Les structures internes sont organisées en pôles, dirigés par des chefs de pôles. L'équilibre des pouvoirs entre le corps médical et le directeur a été l'un des enjeux de la loi H.P.S.T. Les pouvoirs publics se sont clairement positionnés pour un renforcement du poids du directeur en interne avec une subordination renforcée au Directeur Général (D.G.) de l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.) en externe, qui lui-même dépend étroitement de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Ainsi l'Etat renforce davantage sa position dans la « gouvernance hospitalière » vis-à-vis des élus locaux mais aussi vis-vis des communautés médicales.

1.2.2 Les conséquences pour les acteurs principaux

Du directeur économe au directeur stratégique

La fonction de directeur économe est apparue dans les hôpitaux avec la loi du 21 décembre 1941 pour « préparer et exécuter les décisions de la commission administrative ».

De 1955 à 1970, les missions du directeur s'étoffent progressivement tant en termes de compétences (aux dépens de la commission administrative avec le pouvoir de nomination et d'ordonnancement des dépenses) qu'en nombre, avec l'apparition des équipes de direction.

En 1958, il est appelé ordonnateur.

La loi du 3 janvier 1984 précise que le directeur « exerce son autorité sur l'ensemble des personnels dans le respect de la déontologie médicale, des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans son exercice ». La montée en puissance de la médicalisation et de ses coûts a nécessité une évolution de la gouvernance et donc du rôle des directeurs, on attend désormais des directeurs qu'ils deviennent des gestionnaires.

Cette évolution s'est poursuivie avec la loi H.P.S.T. qui renforce les pouvoirs du directeur dans l'organisation interne de l'établissement. Il dispose d'une compétence générale pour diriger l'établissement en dehors des compétences du conseil de surveillance. Il est ordonnateur de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses de l'établissement (E.P.R.D.). Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activités conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la

commission médicale d'établissement. C'est également le directeur qui a désormais compétence pour nommer les chefs de pôles sur présentation d'une liste élaborée par le président de la C.M.E. De façon strictement similaire aux fonctions qu'il exerçait vis-à-vis du conseil d'administration, le directeur prépare les travaux du conseil de surveillance, y assiste et exécute ses délibérations. Le directeur conserve le pouvoir de nomination dans l'établissement. Désormais, il propose au directeur général du C.N.G, la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins de l'établissement. De la même façon, son rôle est renforcé en matière de gestion du personnel. Le directeur propose au directeur général du C.N.G., sur proposition du chef de pôle, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, la nomination, dans les conditions fixées par voie réglementaire, du personnel médical, pharmaceutique et odontologique qui exerce tout ou partie de ses activités dans l'établissement public de santé.

La nomination des directeurs est à durée limitée pour les hôpitaux les plus importants. Le directeur peut, dans l'intérêt du service, être révoqué par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du conseil de surveillance. Nous pouvons constater entre 1960 et les années 2000 une consolidation de la profession.

Le président de la C.M.E.

Personnage du fonctionnement hospitalier, il est devenu membre de droit et vice-président du conseil d'administration. Cette double représentation de droit au sein de l'instance délibérative, introduite en 1991 est confirmée en 1996.

L'ordonnance de 1996 conforte le rôle du président désormais associé à la préparation du nouveau contrat pluriannuel et disposant de l'initiative pour mettre en place des organisations innovantes.

Depuis 2009, il voit ses missions précisées. Le président de la C.M.E. coordonne la politique médicale et, à ce titre, élabore, avec le directeur, le projet médical et donne son avis au directeur sur l'organisation en pôles et sur leur contrat. Il participe au pouvoir de nomination en proposant les membres médicaux du directoire, des chefs de pôles et donne son avis sur les nominations médicales.

Il dispose d'une position institutionnelle, spécifique comme président de la C.M.E.; vice-président du directoire et siège avec voix consultative au conseil de surveillance.

Il exprime au plus haut niveau la légitimité médicale. Il est élu par la C.M.E. avec un mandat de quatre ans, renouvelable une fois.

De l'infirmier général au directeur coordonnateur général des soins

Dans les années 1970, la complexité de l'hôpital contraint à une coordination de l'organisation des soins. Il devient nécessaire pour la direction générale d'avoir un

interlocuteur représentant le corps infirmier. C'est la naissance de la fonction de surveillance générale des soins, assurée par les surveillants généraux et officialisée par le décret du 11 avril 1975. Le décret du 18 octobre 1989 en définit les missions et les responsabilités. Issu des soins, l'infirmier général représente l'ensemble des personnels infirmiers auprès de la direction, il gère en fonction des besoins l'affectation dans les services des personnels infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers, il a également un rôle d'expertise et de conseil dans le domaine du soin.

Avec la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, un service de soins infirmiers est créé dans chaque établissement, dirigé par l'ancien surveillant général qui devient directeur des services de soins infirmiers. Le projet de soins infirmiers est intégré au projet d'établissement. A cette époque, les services de soins étaient sous la tutelle de la direction des soins et les médico-techniques dépendaient du service de la direction des ressources humaines.

Le décret du 19 avril 2002 crée le corps des directeurs de soins, coordonnateurs généraux des soins avec un élargissement des fonctions et une orientation sur le pilotage du projet de sécurité et de qualité des soins. Constitué de cadres issus de la filière infirmière, rééducation et médico-technique, il crée une nouvelle fonction : la coordination de l'ensemble des paramédicaux. Les médico-techniques sont désormais intégrés à la hiérarchie des soins.

Le directeur des soins et le coordonnateur général des soins nommés par le directeur d'établissement, disposent par délégation de ce dernier, de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres paramédicaux. La relation entretenue avec l'encadrement suppose une obéissance à l'autorité.

La création des pôles d'activités et la contractualisation instaurées avec la loi H.P.S.T. redéfinissent les lignes hiérarchiques. En effet, en déplaçant la délégation de gestion vers les pôles, la loi modifie la nature des relations de travail établies entre les cadres et le directeur de soins. Ce dernier devient également membre de droit du directoire en sa qualité de président de la commission des soins, il fait partie de l'équipe rapprochée du chef d'établissement.

Au cours des réformes, le directeur des soins a toujours pu participer à l'instance représentative du corps médical. Hier, le directeur des soins en tant qu'infirmier général assistait à la Commission Médicale Consultative (C.M.C.). Aujourd'hui, le directeur des soins, assiste à la Commission Médicale d'Etablissement.

1.3 Un nouveau rôle pour le directeur des soins

Une position statutaire

La fonction est clairement définie par la loi et les règlements, tant au niveau du positionnement institutionnel et des lignes hiérarchiques et fonctionnelles qui en découlent, que de son contenu. Une des difficultés que rencontrent les directeurs des soins est le décalage entre les missions définies par la législation et la mise en œuvre quotidienne. Par ailleurs, la fonction est très personne dépendante. Il appartient au directeur des soins de définir avec le chef d'établissement un rôle et un positionnement sans ambiguïté, qui font que la fonction apporte une réelle valeur ajoutée.

La légitimité du directeur des soins lui est conférée par sa formation, ses diplômes et son positionnement statutaire dans l'établissement. Le directeur des soins gagnera en autorité et crédibilité grâce à ses compétences, sa connaissance du terrain et à une collaboration régulière et efficace avec les chefs de pôles et de services et l'encadrement paramédical. Les relations qu'il entretiendra avec l'ensemble des professionnels dépendront du management mis en place.

Un réel rôle d'interface

La loi H.P.S.T. a conféré de nouvelles attributions au directeur des soins, membre de l'équipe de direction. Il détient désormais un siège de droit au sein du directoire ; il est, à ce titre, au cœur même du processus décisionnel. Cette position lui confère des prérogatives, des obligations et des responsabilités qui l'engagent dans la contribution et le soutien à la stratégie de l'établissement. Ses missions sont donc désormais centrées sur le pilotage stratégique des projets et des réorganisations, sur l'expertise, l'animation de la filière paramédicale, la coordination et le soutien des équipes soignantes par le biais de l'encadrement. Sa fonction se situe à l'interface des différentes logiques hospitalières : entre les soignants, médicaux et non médicaux, la direction générale et les directions fonctionnelles..., à l'interface des logiques verticales et horizontales qui déterminent le fonctionnement hospitalier.

Un rôle de conseil

La responsabilité des ressources et de leur déploiement sont du ressort du chef de pôle et non plus de la direction des soins, ce qui oblige ces derniers à s'interroger sur une nouvelle orientation de leur rôle. Cet état de fait rend nécessaire une évolution du rôle de directeur des soins en lui attribuant un rôle de « conseil », d'appui et d'expertise, de fédérateur des professionnels de soins.

Une fonction riche mais parfois complexe

Le directeur des soins dispose par délégation du directeur d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres paramédicaux. Celle-ci fait partie intégrante de l'identité professionnelle du directeur des soins. La possibilité de suppression de la délégation de l'autorité hiérarchique suscite peut-être de nombreuses réactions au sein du corps mais peut-elle être assimilée à un affaiblissement de la légitimité du directeur des soins ? Elle peut être analysée de deux manières : ou elle signifie pour lui un changement de posture en lui offrant l'opportunité de se tourner vers des missions plus stratégiques et politiques comme la participation au développement de nouvelles activités (la Communauté Hospitalière de Territoire (C.H.T.), le Groupement de Coopération Sanitaire (G.C.S.), les parcours de soins, les coopérations entre professionnels de santé, les nouveaux métiers de santé intermédiaires, la recherche en soins...), ou elle s'accompagne d'une diminution de sa légitimité et de la fin d'un cycle au regard de son ancrage professionnel. La seconde s'avère négative pour le directeur général en le privant d'une vision globale, à la fois politique et tactique, par le biais de précieuses informations auxquelles avait accès le directeur de soins. Les opportunités offertes par les coopérations inter-établissements renforcent le rôle d'interface et de coordination du directeur des soins.

La collaboration entre le directeur d'établissement et le directeur des soins, suppose un processus dynamique et continu qui commence par une rencontre professionnelle. Il est important, dans la mesure du possible, de pouvoir se choisir, de veiller à ce que les aptitudes et la personnalité des futurs collaborateurs conviennent aux attentes de chacun mais aussi aux besoins de l'établissement. Monsieur Philippe Sudreau, interrogé en 2010 en qualité de directeur du groupe hospitalier à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (A.P.H.P) précise que sa priorité lors du recrutement d'un directeur des soins « *c'est d'avoir les mêmes valeurs du collectif : la capacité de cohésion, de construction de la force du collectif de direction* »¹⁸. Pour lui, le directeur des soins « *fait partie intégrante de la construction de la force du collectif de direction* »¹⁹. La relation qui s'instaure doit être basée sur une relation de confiance, de partage, d'écoute et de responsabilité. Elle suppose le respect de sa propre éthique et de celle de l'interlocuteur. Les conflits quasi inéluctables doivent être prévenus chaque fois que possible et « désamorçés » lors de réunions préparatoires. Il faut alors savoir jusqu'où peut aller le compromis sans aller dans la compromission. La fonction de directeur des soins comporte des contraintes fortes liées à l'exercice des responsabilités au niveau de l'établissement. Le directeur des soins doit obéissance au directeur d'établissement tout en étant garant de l'organisation,

¹⁸ Clause-Durif C., février 2011 n°503 « directeur des soins : un corps professionnel en évolution », gestion hospitalière

¹⁹ Ibidem

de la prise en charge et de la prévention des risques associés aux soins. C'est à ce titre, qu'il peut se trouver en contradiction avec le directeur de l'établissement si ce dernier lui demandait d'aller en-deçà des seuils susceptibles de compromettre la sécurité des patients. Dans ce type de situation, il s'avère nécessaire d'instaurer un dialogue pour échanger les points de vue, comprendre les prérogatives de chacun et ainsi prévenir des interprétations fallacieuses. Le directeur des soins doit se montrer particulièrement déterminé pour faire valoir sa position en argumentant objectivement et concrètement.

Au sein du directoire, il peut se produire, sur certains dossiers, une opposition entre les médecins et le personnel de direction qui peut engendrer une position délicate pour le directeur des soins du fait de son parcours professionnel antérieur, voire le mettre en porte à faux vis-à-vis de son supérieur hiérarchique s'il a manqué de loyauté. De même le directeur des soins, par sa position devant le directoire, pourrait mettre en difficultés, voire discréditer le directeur général.

Une coopération élargie

Les Communautés Hospitalières de Territoire et les groupements de coopération sanitaires ouvrent des champs d'exercices nouveaux au directeur des soins. Les opportunités offertes par les coopérations inter-établissements projettent le directeur des soins dans de nouvelles sphères dans lesquelles il occupera un rôle pivot. La loi H.P.S.T. ouvre des horizons nouveaux pour le directeur des soins qui pourra être force de propositions et livrer toute son énergie créative, impulsant ainsi une dynamique communicative.

1.3.1 Des outils pour collaborer

Il existe différents outils qui permettent la collaboration entre le directeur d'établissement et le directeur des soins au sein d'un établissement de santé. La liste des outils qui suit n'est pas exhaustive, d'autres projets spécifiques pourraient y être ajoutés, à la demande du directeur d'établissement ou sur proposition du directeur des soins.

Le projet d'établissement

Le projet d'établissement est un document fondamental qui revêt un caractère prospectif : l'établissement planifie pour une durée maximale de cinq ans, ses objectifs et ses moyens. Il comprend notamment le projet médical, le projet de soins infirmiers de rééducation et médico-technique, le projet social, les projets de pôle... Le projet d'établissement constitue ainsi le texte de référence en ce qui concerne les orientations et la stratégie de l'hôpital. Le projet d'établissement doit être compatible avec le Schéma

Régional d'Organisation des Soins (S.R.O.S.) et s'inscrire le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens passé entre l'A.R.S. et l'établissement.

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique

Il est préparé par le directeur des soins en collaboration avec l'encadrement et la C.S.I.R.M.T.²⁰

Il est, pour partie, la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le domaine médical, mais a aussi ses propres axes de développement. Il s'accompagne de rapports d'activité annuels permettant de rendre compte des réalisations et d'évaluer régulièrement les résultats obtenus. Par ailleurs, les évolutions, qui s'opèrent notamment dans le secteur sanitaire, conduiront à des formalisations plus intégrées, particulièrement du projet médical, du projet de soins et du projet qualité. Ils deviendront probablement à terme le « projet de prise en charge du patient ». Le projet de soins se veut résolument opérationnel et réalisable, afin d'engager concrètement chaque professionnel dans la dynamique impulsée par les axes forts du projet d'établissement et de son contexte (préconisations des tutelles, Schéma Régional d'Organisation des Soins, équilibre financier, projet de regroupement hospitalier, territorialisation, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, etc.). Il se base sur des valeurs partagées par les professionnels ainsi que sur leurs compétences. Il définit les orientations stratégiques et d'amélioration continue des pratiques professionnelles. Le projet de soins prend en compte les droits des usagers, respecte les valeurs professionnelles des acteurs de soins et s'inscrit dans le cadre juridique qui régit chaque fonction. Dans cet environnement complexe et mouvant, le projet de soins doit être une réponse aux attentes des usagers et un fil conducteur pour les soignants. Il doit donner du sens à l'action collective des professionnels paramédicaux. Enfin, l'organisation de l'hôpital en pôles d'activités sous-tend une déclinaison du projet de soins au sein des pôles, avec la mise en place d'indicateurs de résultats spécifiques.

Le contrat de pôle

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical. Il est conclu pour quatre ans. Il décrit les objectifs et les moyens du pôle, et est assorti d'indicateurs de résultats. Il précise la nature et, le cas échéant, la portée des

²⁰ Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé. JORF n°0104 du 5 mai 2010

délégations de signature accordées au chef de pôle. Il procède d'une démarche itérative entre le pôle et la direction de l'établissement de la phase de préparation du contrat jusqu'à son évaluation, notamment à travers les réunions de dialogue de gestion.

Plan de retour à l'équilibre (P.R.E.)

Le P.R.E. vise à atteindre un équilibre financier par l'augmentation de la productivité, l'amélioration de la qualité des prises en charge et de la sécurité des soins et le repositionnement de l'établissement selon les besoins du territoire de santé. L'élaboration du plan de retour à l'équilibre doit s'organiser en quatre phases (diagnostic préalable, définition des principales orientations du P.R.E., identification et chiffrage des actions, rédaction du P.R.E.). Le P.R.E. doit être contractualisé avec l'A.R.S. par le biais d'un avenant au C.P.O.M. de l'établissement. Il fait l'objet d'un suivi infra-annuel qui doit permettre d'évaluer la mise en œuvre des actions retenues et l'impact du plan d'actions sur la situation financière de l'établissement.

La communauté hospitalière de territoire et le groupement de coopération sanitaire

La C.H.T. permet aux établissements publics de santé de conclure une convention afin de mettre en œuvre une stratégie et une gestion communes. Dans le cadre de cette convention, les établissements membres visent la convergence de leurs projets médicaux et la structuration de filières de prise en charge des patients, afin d'adapter l'offre de soins aux besoins de santé de la population sur un territoire donné.

Le G.C.S. est l'outil privilégié dans le cadre des coopérations entre le secteur public et privé, mais également entre la ville et l'hôpital.

Le comité de direction

Il réunit le directeur général et les directeurs fonctionnels pour partager les informations et coordonner les actions. Il est investi d'un pouvoir de surveillance et de décision. Il intervient dans le cadre de la stratégie et de la politique générale. Le comité de direction assure et concourt à la direction effective de l'hôpital. Il participe au pilotage des différentes activités, au suivi des décisions.

Le reporting

Le reporting est un entretien individuel entre le directeur général et chacun des membres de la direction. Il permet de faire un point régulier sur les projets en cours, les moyens et les résultats. C'est un moment privilégié et essentiel pour partager, informer, conseiller, orienter et décider.

L'entretien annuel d'évaluation²¹

L'entretien annuel d'évaluation est un temps fort entre le supérieur hiérarchique et chacun de ses collaborateurs directs. Il a pour objectifs d'évaluer les résultats de l'année précédente, les compétences professionnelles, d'identifier les points forts et ceux à améliorer, de fixer des objectifs pour l'année à venir et d'échanger sur les projets.

1.3.2 Vers un nouveau pilotage hospitalier

L'hôpital est désormais entré dans l'ère de la concurrence où la place du patient, devenu client, modifie les concepts fondamentaux de l'hôpital. La santé n'a pas de prix mais un coût qui devient menaçant pour la pérennité des établissements de santé. Certaines réformes hospitalières ont pour objectifs de maintenir la pérennité du système voire sa performance. L'hôpital vit une modification multidimensionnelle. Les principes fondamentaux dogmatiques sont remis en cause au profit de nouveaux : parts de marché, concurrence, performance, image, pouvoir, territoire, culture, client-acteur... Ces éléments, intimement liés entre eux, modifient l'environnement des professionnels. L'hôpital est désormais soumis à de nouveaux enjeux : les fusions, absorptions, suppressions transformations d'activité ou de structures. L'incertitude remplace le sentiment « d'invulnérabilité » longtemps présent chez les professionnels hospitaliers mais le réel enjeu se situe dans la prise en compte de ces différents paramètres pour retrouver un équilibre nécessaire grâce un pilotage hospitalier adéquat. Ce dernier se verra « facilité » grâce à un travail collaboratif, notamment entre le directeur d'établissement et le directeur des soins pour décoder et garantir la pérennité du système aussi complexe que celui de l'hôpital.

²¹ Note d'information n°CNG/DGD/UDH-DS/2014/230 du 22 juillet 2014 relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2014

Synthèse

Nous entrons dans l'ère de la vision systémique dans laquelle la collaboration et la coopération sont des données incontournables. L'ordonnance de mai 2005, la loi H.P.S.T., le rapport Fourcade²² et le rapport Couty²³ ont obligé les acteurs hospitaliers à chercher de nouveaux repères et collaborations. La gouvernance des hôpitaux a été revue dans le sens d'un partage des rôles et du leadership entre les différents responsables. Le binôme directeur d'établissement - directeur des soins est essentiel pour le pilotage de l'établissement, tout comme le tandem directeur d'établissement - président de la C.M.E. La loi a en effet prévu une procédure de codécision au sein du directoire entre le directeur et le président de la C.M.E. sur des sujets aussi cruciaux que la gestion des risques ou l'accueil des patients. Ces deux professionnels ont donc l'obligation de s'entendre. Très souvent, le directeur et le président de la C.M.E. s'accordent. C'est dans cette configuration de travail que le directeur des soins évolue. En effet, dans le cadre de ses missions, il est amené à collaborer avec ces deux professionnels et il est évident qu'en cas de problèmes entre eux, la collaboration du directeur des soins s'en ressentira et se verra complexifiée. La réglementation depuis 2005 a obligé le directeur d'établissement et le directeur des soins à faire évoluer leurs pratiques managériales et leurs relations. Et pour cause, le contrat remplace la contrainte, la responsabilité succède à l'obéissance, la cohérence est assurée par le projet partagé et non par la discipline, l'enjeu se substitue à l'objectif quantifié et l'information est largement diffusée au lieu d'être contingentée. Ces changements de paradigme justifient de nouvelles conditions de réussite qui reposent notamment sur des rapports de confiance qui certes, sont étroitement dépendants de la psychologie des acteurs eux-mêmes mais qui nécessitent l'acceptation de la notion de subsidiarité, d'autonomie, de transparence et de loyauté.

²² Fourcade J.P., rapport concernant l'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé institué par l'article 35 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, juillet 2011

²³ Couty E., Scotton C., « pacte de confiance » pour l'hôpital, rapport de synthèse concernant l'évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements publics de santé, mars 2013

2 L'enquête de terrain

A partir de situations de travail concrètes, nous allons repérer et définir les leviers et les freins susceptibles d'instaurer une collaboration interprofessionnelle entre le directeur général et le directeur des soins en établissement public de santé ? »

2.1 La méthodologie d'enquête

L'objectif de la démarche d'enquête permet de confronter les hypothèses de travail sur le terrain à la question centrale. Pour étudier la collaboration entre le directeur d'établissement et le directeur des soins, sujet particulièrement relationnel, délicat et multifactoriel, il semblait pertinent de rencontrer les acteurs de terrains concernés dans le cadre d'entretiens semi-directifs, tout en adaptant l'entretien au type d'interlocuteur. L'entretien semi-directif permet de recueillir des données qualitatives, à la fois factuelles et d'opinion, de la part d'un interlocuteur, à partir de thèmes prédéfinis dans un guide d'entretien et dans un cadre ouvert. Cela permet d'adapter l'entretien à l'interviewé, d'aborder l'ensemble des thématiques préalablement choisies tout en conservant une certaine liberté d'expression.

Notre enquête se limite à quatre établissements de santé non universitaire dont trois de dimension importante et un de taille plus restreinte.

- **L'hôpital A** : établissement Médecine Chirurgie Obstétrique (M.C.O.) qui regroupe 1200 lits et places. Cet établissement sort d'un plan de retour à l'équilibre,
- **L'hôpital B** : établissement M.C.O. qui comprend 1000 lits et places avec un secteur de psychiatrie. Cet hôpital a été sous administration provisoire. Son plan de retour à l'équilibre est toujours en cours. Les enjeux sont multiples pour cet établissement avec quatre coopérations envisagées et la construction d'un nouvel hôpital dans les années à venir,
- **L'hôpital C** : établissement de M.C.O. et de psychiatrie comportant 2000 lits et places dont plus de la moitié en court séjour. L'hôpital a une situation financière saine. Cet établissement a instauré la gouvernance interne de façon assez importante,
- **L'hôpital D** : établissement de M.C.O. et de psychiatrie de 350 lits et places. Cet établissement a pour particularité d'avoir comme directeur général un ancien directeur des soins. Cet hôpital est en restructuration.

Un de ces établissements faisait partie d'un de mes lieux de stage. Cela m'a permis de m'imprégner de la culture, d'observer les organisations de travail et les collaborations sur le terrain. Le dernier établissement a été choisi pour la spécificité du cheminement professionnel du directeur général. Même si la dimension de cet établissement est

inférieure à celle des autres, ce dernier possède une diversité des activités et est soumis aux mêmes contraintes que les autres hôpitaux.

La population choisie

Dans chacun des établissements, le choix a été fait d'interviewer des binômes directeur d'établissement – directeur des soins.

Pour l'établissement A, deux directeurs des soins ont été interviewés : l'actuel et le précédent qui venait de quitter sa fonction pour rejoindre l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I.), géré par le même directeur général.

Les limites

La thématique sensible de ce travail a parfois rebuté les professionnels sollicités pour les interviews. Cela s'est traduit de différentes façons. Un directeur d'établissement s'est abstenu de répondre et ce, malgré plusieurs relances de ma part. Cette absence de réponse en soi peut susciter quelques questions. D'autres professionnels approchés, n'ont pas souhaité répondre à mes sollicitations.

A cela s'ajoute la présence de discours parfois lisses et sans surprise, mais ne négligeons pas la présence du dictaphone qui a peut-être parasité la qualité des échanges.

Par ailleurs, on peut déplorer le nombre restreint de personnes interrogées ainsi que le choix des établissements mais les refus et contraintes temporelles ne permettaient pas d'élargir le champ de cette recherche, même si l'objet de ce travail l'aurait justifié.

Les contextes des établissements étudiés n'ont pas fait l'objet d'une enquête approfondie pouvant permettre de croiser des éléments complémentaires avec les données recueillies. Par exemple, il aurait été intéressant d'accéder aux comptes rendus des directoires ou d'assister à certains d'entre eux afin de pouvoir objectiver la capacité de positionnement du directeur des soins au cours de cette instance.

Les outils utilisés

Un guide d'entretien a été élaboré, il a été adapté aux deux catégories professionnelles interviewées (annexe I et II).

Chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement permettant une reproduction écrite exhaustive de l'ensemble des propos recueillis. Cela a permis une analyse plus fine des mots et du discours. De chaque entretien ont été extraites les idées développées et les verbatim qui ont été classés selon une grille d'analyse catégorielle (annexe III) construite autour de sept thèmes :

- Le parcours professionnel du directeur général et du directeur des soins,

- Les conditions de la collaboration,
- La collaboration proprement dite,
- Les qualifications de la collaboration,
- La réglementation,
- La représentation mutuelle des deux acteurs principaux,
- Les perspectives et les enjeux.

Chacune de ces catégories a fait l'objet d'une analyse au regard des recherches documentaires, des enseignements dispensés, des éléments biographiques et du partage d'expériences.

2.2 Les résultats

Au regard des entretiens réalisés, nous pouvons analyser les résultats de deux façons : en croisant les discours des directeurs d'hôpital et des directeurs des soins selon les thématiques retenues par l'enquête ou par le biais d'une étude comparative des discours entre les binômes, en s'attardant sur le fonctionnement du duo professionnel qui fonctionne le moins bien et celui qui fonctionne le mieux.

Afin de dégager le maximum d'enseignements, il semble opportun de réaliser l'analyse sous ces deux angles.

2.2.1 Par thématiques

Le parcours professionnel

L'ancienneté dans la fonction est très variable. Elle oscille entre un et trente-deux ans pour les directeurs d'établissement et entre un et vingt et un an pour les directeurs des soins.

L'ancienneté dans le poste est globalement faible pour les directeurs d'hôpital trois ans au plus sauf pour l'un d'entre eux treize ans ; pour les directeurs de soins, elle est plus partagée, relativement faible pour deux d'entre eux (quatre ans au plus) et s'échelonne entre dix et vingt et un ans pour les autres. La mobilité s'avère plus grande chez les directeurs d'hôpital (trois pour un) que chez les directeurs des soins (un pour cinq) dont deux exercent dans le même établissement depuis le début de leur carrière professionnelle.

Sur les cinq directeurs des soins rencontrés :

- Trois sont en fonction de directeur de soins dans la même institution depuis leur formation mais l'un d'eux, s'est dernièrement orienté vers la pédagogie après plus de 20 ans de gestion,

- Deux ont changé d'établissement.

La moitié des chefs d'établissement et quatre directeurs des soins sur cinq étaient en fonction avant l'ordonnance de mai 2005.

La mobilité apparait plus importante pour les directeurs d'établissement et ces derniers n'ont souvent pas eu la possibilité de choisir leur directeur des soins. La plupart des acteurs ont connu le fonctionnement hospitalier avant l'ordonnance de 2005. Cette situation ne suppose-t-elle pas un temps d'adaptation plus long pour s'ouvrir aux nouvelles pratiques ?

Les conditions de la collaboration

Sur quatre établissements deux présentent une situation à l'équilibre et deux autres sont en déficit avec un plan de retour à l'équilibre. Globalement, les directeurs d'établissement et de soins citent les mêmes collaborateurs (directeur général, directeur des soins, Directeur des Ressources Humaines (D.R.H.), les directeurs adjoints, les chefs et cadres paramédicaux de pôles). Les directeurs d'hôpital ajoutent à cette liste les membres du directoire (à l'exception d'un directeur), les élus. Le président de la C.M.E. est mentionné par les quatre directeurs et seulement par deux directeurs des soins.

Les directeurs d'établissement perçoivent les attributions des directeurs de soins de façons diverses. L'un d'entre eux précise que « *la mise en place des pôles a bouleversé les directeurs de soins en modifiant profondément ses missions ainsi que celles du D.R.H.* » Il ajoute que « *le directeur des soins doit être en appui du chef d'établissement* ». Pour un autre, le directeur des soins « *coordonne les soins, il est garant du respect des droits des patients, il pilote le projet de soins, c'est un médiateur des situations conflictuelles, pilote des process de soins, acteur de la démarche qualité, garant des compétences paramédicales, facilitateur de la mise en œuvre des projets institutionnels* ».

Les directeurs des soins reconnaissent dans le directeur d'établissement un supérieur hiérarchique qui décide « *c'est le maitre à bord* ». Seul l'un d'entre eux va plus loin en précisant : « *le directeur général prend toute la place, il doit être dans une position politique et décisionnelle et non fonctionnelle* ».

Si les directeurs d'hôpital appréhendent diversement le rôle des directeurs des soins par contre les directeurs des soins, sauf pour un, identifient parfaitement celui de directeur d'établissement.

La collaboration

La mise en œuvre de la collaboration s'effectue sous forme de réunions de travail plus ou moins formelles selon l'organisation impulsée par le directeur général. Le rythme des réunions varie donc d'un établissement à l'autre en fonction des projets et de la situation.

La fréquence des reporting, elle aussi, est fort variable : hebdomadaire, bimensuelle ou mensuelle. Le directeur d'une structure plus petite assiste, quant à lui, de façon ponctuelle aux réunions de cadres supérieurs paramédicaux organisées par le directeur des soins, aux présentations des projets institutionnels à la C.S.I.R.M.T.

Voici les missions assignées à un directeur de soins par son directeur général : *« il doit représenter la direction générale dans chaque réunion et décision. Il doit être compétent dans l'organisation du projet de soins, du fonctionnement des services, des urgences, des contraintes soignantes et ses relations entre D.R.H. et syndicats »*. Pour un autre de ses confrères : *« le directeur des soins doit coacher les cadres supérieurs de santé, doit s'entourer de bons cadres supérieurs, participer aux contrats de pôles, aller à la rencontre des responsables de pôles et de services. Il doit faire valoir son expertise et réfléchir aux organisations pour garantir la sécurité des soins. Il doit savoir jouer sur deux niveaux : la vision stratégique et veiller à l'opérationnalité. Son rôle est complexe car il a parfois des difficultés à s'affranchir du corps médical »*.

En ce qui concerne les missions confiées au directeur des soins, les directeurs d'établissement se contentent souvent de formuler de façon générale les missions des directeurs des soins sans en développer le contenu avec précision. Selon les directeurs des soins interviewés, leurs missions consistent à participer au P.R.E., aux restructurations, aux projets, aux préparations des instances, à l'animation de la C.S.I.R.M.T., au management. Si les directeurs de soins se montrent concrets dans les missions confiées, ils n'en oublient pas moins de faire référence au projet de soins mais peut-être le sous-entendent-ils sous le terme générique de « projets » ?

La qualification de la collaboration

Ici encore, le panel des réponses est relativement large. Les avis des directeurs d'établissement, sont parfois tranchés. Pour l'un la collaboration est *« constructive, sincère et saine mais insuffisamment experte avec peu d'esprit critique »*. Un autre souligne le manque de loyauté de son directeur des soins qui a déjà affiché une position opposée à celle de la direction lors d'un directoire préparé. Les deux autres précisent : *« la collaboration, c'est un contrat de confiance avec le directeur, avec de la délégation en toute confiance »*.

Les directeurs des soins jugent leur collaboration de façon très variable. Le premier la regrette : « *une approche trop financière, qui fait perdre l'approche des soins* ». Le second, sous la tutelle du même directeur que le premier, décrit différemment sa collaboration, il la juge : « *constructive et plutôt épanouissante même si ce n'est pas toujours facile* ». Il a le sentiment que le directeur lui fait confiance même s'il aime connaître tous les dossiers qui lui confie. Il ajoute : « *je suis autonome dans ma fonction, mais je rends des comptes, ce qui me paraît normal* ». Le troisième se loue de sa collaboration qu'il qualifie de confiante et loyale, centrée sur des objectifs communs : « *faire fonctionner l'hôpital, dynamiser l'activité, mettre en place des projets d'amélioration, respecter les règles* ». Le quatrième confie avoir éprouvé des difficultés lorsque le directeur a mis en place de façon systématique la nouvelle gouvernance, mais s'en est, par la suite, accommodé, et redouterait à présent son départ. Lors de l'interview, ce directeur des soins a précisé que son collègue n'a pas supporté la situation et a préféré demander son changement. Le dernier dit toute sa satisfaction : « *cela me convient car j'ai toute la place attendue d'une direction de soins, des conseils, des temps d'écoute et surtout de la considération. Il ajoute cependant éprouver quelques difficultés avec le directeur des ressources humaines* ».

Si dans certains cas la collaboration est harmonieuse, dans d'autres cas elle suscite une réelle opposition. Les discours des deux directeurs des soins de l'hôpital A montrent cet antagonisme : le premier se plaint de manquer d'autonomie, d'avoir une relation de confiance chaotique avec son directeur et un problème de communication, le second, estime être autonome, avoir la confiance de son directeur tout en rendant des comptes, ce qu'il trouve normal. Derrière la notion de collaboration, la personnalité des interlocuteurs et leurs attentes jouent un rôle essentiel.

La réglementation

Les uns et les autres, se bornent au fait de dire qu'il faut respecter le statut, que celui-ci découle de la réglementation. Ainsi, un directeur des soins rappelle : « *le rôle du directeur d'hôpital est inscrit dans les textes, et son positionnement est adapté vu les responsabilités qui lui incombent et l'importance de l'établissement et de ses enjeux* ». Un des directeurs d'hôpital souligne que le directeur des soins est désormais « *membre de droit du directoire, n'en déplaît à certains directeurs adjoints* ».

La représentation mutuelle des acteurs

Les directeurs d'hôpital voudraient un collaborateur loyal dans la mesure où il doit appuyer le chef d'établissement en faisant valoir la politique institutionnelle et non sa

tactique personnelle. Il doit faire preuve d'un esprit d'ouverture et de synthèse, être persuasif et savoir argumenter. Il doit aussi avoir une capacité à fédérer en croisant les points de vue autour des projets retenus. L'un des directeurs illustre les qualités requises dans le portrait qu'il brosse du directeur des soins : « *réciprocité, compétences, loyauté, disponibilité, confiance, ouverture d'esprit au management participatif et ce, quel que soit le directeur* ». Il ajoute que le directeur des soins doit être « *soutenu, que sa place doit être reconnue dans l'équipe de direction et qu'il doit éclairer le directeur général* ». Un autre enfin, précise que « *la collaboration est indispensable, qu'il est nécessaire de se comprendre, de prendre en considération l'histoire, d'avoir une compatibilité* ».

Les directeurs des soins ont des avis partagés sur le rôle que devraient jouer les directeurs d'hôpital. Pour l'un d'eux : « *le directeur doit être un fin politique et communicant, il doit avoir une vision novatrice au regard du secteur concurrentiel et avoir le goût du risque* ».

Pour un autre, il demanderait au directeur d'établissement « *de savoir donner un cap, de prendre des décisions, de partager des objectifs communs* ».

Il est certain que des divergences apparaissent entre la réalité et la représentation que les acteurs se font les uns des autres. Elles sont sans doute inévitables. La sagesse voudrait que les uns et les autres s'accordent sur un schéma de fonctionnement pertinent basé sur une écoute et un respect réciproques.

Les perspectives et enjeux

Le premier directeur général déclare que le directeur des soins doit à tout prix garder sa spécificité et sa place au sein du directoire. Le second insiste sur le fait que le directeur des soins doit être un véritable partenaire des directeurs adjoints, connaître les enjeux stratégiques notamment financiers, s'ouvrir aux autres établissements du territoire, favoriser le dialogue en interne, témoigner de l'activité des services de soins (en termes de qualité et de quantité), soutenir l'encadrement et ne pas perdre de vue la finalité du travail qui est le service au patient mais dans un contexte contraint.

Un directeur des soins, estime qu'il faut : « *maintenir l'institution à un niveau de qualité et de sécurité satisfaisants dans un contexte budgétaire contraint, tout en anticipant sur les besoins à venir de la population accompagnée. Cela implique une connaissance approfondie des forces et faiblesses de l'établissement, une réactivité importante dans les choix politiques, une aptitude à la conduite du changement, une force de persuasion qui évite la démobilisation, voire la démotivation des équipes. Cela implique donc aussi des directeurs compétents, formés, issus du terrain, capables d'échanger sur leurs pratiques, qui travaillent ensemble sur des projets définis et validés collectivement, en apportant chacun les savoir et savoir-faire qui leurs sont propres et en même temps complémentaires de ceux des autres directeurs. Pourquoi existe-t-il une formation*

différente pour les directeurs et les directeurs des soins ? La collaboration et le partage de savoir et d'expériences sont à la base de la construction d'une vraie équipe de direction sans laquelle les objectifs cités ci-dessus ne peuvent être atteints ».

Un second directeur des soins appelle à de meilleures conditions de travail qui permettent un épanouissement collectif et individuel dans l'intérêt de tous (les patients, les personnels, l'établissement).

2.2.2 Par étude comparative des binômes

Au regard de l'analyse des binômes professionnels interviewés, le duo qui fonctionne le moins bien laisse apparaître des discordances dans les discours : le directeur des soins reproche au directeur général « *de prendre toute la place, de n'être qu'un exécutant sous tutelle* ». Le directeur d'hôpital, quant à lui, plus nuancé dans ses propos, admet difficilement qu'un directeur des soins s'écarte du rôle qui lui est assigné au point de fragiliser, dans certaines situations, la direction dont il est lui-même membre.

Des règles de fonctionnement, imparfaitement assimilées ou débattues ne sont-elles pas en partie à l'origine d'une collaboration difficile et complexe qui ne pouvait que se détériorer au fil du temps ?

Dans le cadre du binôme qui fonctionne le mieux, le directeur général accorde une place singulière au directeur des soins tant dans le discours que dans les faits. En effet, il qualifie la fonction de directeur des soins « *d'unique* ». Dernièrement il a positionné le directeur des soins comme membre de droit de l'assemblée générale constitutive du dernier G.C.S. Le directeur des soins, quant à lui, confiait qu'à une époque, il avait émis le souhait de quitter l'établissement, mais qu'au regard des projets et de sa collaboration, notamment avec le directeur d'établissement cette perspective n'est plus d'actualité.

Les propos tenus par les deux acteurs coïncident sur la plupart des thématiques abordées (les conditions de la collaboration, la collaboration, les qualifications de la collaboration, la réglementation, les représentations).

L'un des points divergents, pour ne pas dire le seul, concerne les perspectives du métier de directeur des soins. Le directeur général considère qu'il est essentiel que le directeur des soins garde sa spécificité et que de ce fait, il ne faudrait pas qu'il intègre le corps des directeurs, mais par contre, il exprime qu'il est nécessaire de revoir les primes et le niveau de salaire du directeur des soins.

Les résultats liés au pilotage de l'établissement démontrent une efficacité. En effet, même si ces réussites ne relèvent pas des seuls effets de la collaboration entre le directeur d'établissement et le directeur des soins, celle-ci y contribue. Les projets réalisés respectent les engagements pris tant en interne qu'auprès des tutelles. La prochaine étape qui pourrait éventuellement confirmer le pilotage adéquat à un plus haut niveau,

serait la validation, d'ici fin 2014, du projet de reconstruction de l'hôpital par le Comité interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de soins (C.O.P.E.R.M.O.).

Mais concrètement, comment collaborent ces deux professionnels ? Différents éléments interviennent : la reconnaissance par le directeur général de la plus-value du directeur des soins au sein de l'établissement, l'envie réciproque de collaborer et de faire évoluer l'hôpital, l'approche managériale participative avec une réelle délégation définie et structurée, des organisations de travail propices à la communication, au partage d'informations et surtout à la coordination des différents acteurs.

Les principaux outils de collaborations cités sont :

- Le reporting qui, dans cet établissement, est hebdomadaire pour les membres de la direction. Une telle périodicité n'est nullement néfaste à l'autonomie, bien au contraire. Elle permet d'actualiser rapidement les informations et d'être d'une réactivité des plus efficaces face à des situations complexes et imprévues. Le directeur des soins prépare par écrit son reporting et en remet une copie au directeur général en début d'entretien. Le reporting est qualifié par les deux acteurs, dont il est ici question, comme un moment essentiel et privilégié,
- Le comité de direction. Celui-ci est également hebdomadaire. L'ordre du jour est clairement établi et les documents nécessaires au comité de direction sont accessibles à chaque membre de l'équipe de direction sur un fichier partagé,
- La reconnaissance du travail réalisé qui passe notamment par l'évaluation annuelle mais aussi par le partage des réussites et la confiance accordée.

L'organisation, telle que décrite précédemment, permet au directeur général de se centrer sur la politique et la stratégie de l'établissement et de ne pas être en première ligne face aux acteurs de terrain. En effet, lors des différentes réunions, les membres de l'équipe de direction représentent le directeur général. Ce dernier n'assiste à aucune des réunions de travail, hormis celles qui font partie de ses prérogatives.

Comme nous pouvons le constater, le directeur d'hôpital délègue énormément, laissant ainsi à ses collaborateurs, notamment au directeur des soins, une marge de manœuvre et de responsabilité importantes.

2.3 Confrontation de l'analyse avec les hypothèses

Première hypothèse :

La collaboration entre le directeur d'établissement et le directeur des soins ne se résume pas à une relation bilatérale, mais elle peut être analysée dans un système de relations plus étendues qui est pour partie déterminé par des facteurs structurels et pour partie créé par les acteurs eux-mêmes et leurs capacités à investir leur fonction et à saisir les opportunités d'actions.

Les conditions de la collaboration valident en partie l'hypothèse car les directeurs d'hôpital et les directeurs des soins citent les mêmes acteurs de la collaboration mais, certains éprouveraient des difficultés à investir pleinement leur fonction notamment à l'égard du directeur des ressources humaines et du corps médical.

Deuxième hypothèse :

Il existerait des facteurs structurants tels que le champ d'activité donné au directeur des soins, la définition plus précise du poste, la satisfaction partagée des acteurs. La conception qu'a le directeur d'établissement sur le rôle de directeur des soins, est déterminante pour développer le champ d'actions de ce dernier.

A la lecture des conditions de la collaboration, les directeurs d'hôpital semblent avoir une vision incomplète de la fonction de directeur des soins. A cela s'ajoute que le directeur d'établissement n'a pas toujours le choix de son directeur des soins qui est déjà présent lors de sa venue. Cette situation pourrait être un éventuel frein au développement d'une bonne collaboration. Enfin, la représentation du directeur d'établissement influence les missions qu'il accordera au directeur des soins. Nous pouvons déduire que cette hypothèse n'est pas validée si le directeur général n'a pas une vision exacte du rôle du directeur des soins.

Troisième hypothèse :

La relation entre le directeur d'établissement et le directeur des soins dépend en partie de la capacité du directeur des soins à faire évoluer son répertoire de compétences.

Cette hypothèse est validée comme le montre les témoignages contradictoires des deux directeurs de soins à l'égard du même directeur général.

Quatrième hypothèse :

Existerait-il une ambiguïté structurelle de positionnement du directeur des soins liée au fait que le directeur d'établissement soit en dialogue avec le président de la C.M.E. et qu'il n'y ait pas de « place » pour une troisième voie avec le directeur des soins ?

L'enquête réalisée, n'a pas permis de faire émerger des éléments confirmant ou infirmant cette hypothèse. Les références faites au président de la C.M.E., n'évoquent pas réellement cet aspect. Seul, un directeur d'établissement a spécifié que la collaboration avec le président de la C.M.E. est davantage du ressort du responsable d'établissement que du directeur des soins.

Synthèse

La collaboration est dépendante de l'environnement et du profil des acteurs. Elle nécessite une confiance et une approche réciproque selon des règles. La collaboration est un processus qui se construit grâce à l'investissement des interlocuteurs et qui s'entretient.

Les leviers de la collaboration sont : la méthodologie, la clarté, l'information, la confiance, la loyauté et l'anticipation.

Les freins sont : l'autorité mal comprise, la réserve d'informations, le climat tendu.

3 Les préconisations

L'ensemble des actions proposées ne pourra s'envisager qu'en concertation et collaboration avec le directeur d'établissement et les professionnels associés.

3.1 Les préconisations révélées par l'enquête

L'enquête réalisée a mis en évidence plusieurs pistes.

Elaborer systématiquement une fiche de poste du directeur des soins

Au regard des difficultés des directeurs d'hôpital à exprimer leurs attentes à l'égard de « leur » directeur ou futur directeur des soins, il est souhaitable que les directeurs d'établissement s'efforcent de réaliser la fiche de poste du directeur des soins.

Pour cela, différents éléments doivent être pris en considération :

- Le décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 portant sur le statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière,
- Le référentiel métier de directeur des soins de mars 2010,
- Le référentiel de compétences des directeurs des soins, réalisé par l'E.H.E.S.P. et actualisé en décembre 2013,
- La fiche métier du directeur des soins figurant dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

La fiche de poste est un document élaboré conjointement par les deux parties, elle décrit les missions et activités qui incombent au directeur des soins en situation professionnelle dans une structure donnée. Elle présente avant tout l'intérêt d'être un document contractuel entre le directeur d'hôpital et le directeur des soins.

Pour le directeur des soins, elle présente l'avantage de connaître précisément les missions et activités qu'il a à exercer, ses marges de manœuvre, ses interlocuteurs, les moyens mis à sa disposition ainsi que les évolutions possibles du poste, de solliciter les formations nécessaires par rapport à ses missions, de connaître les critères objectifs sur lesquels il sera évalué par le directeur d'établissement.

Pour le directeur d'hôpital, elle lui permet de connaître avec précision les activités exercées par le directeur des soins, de faciliter une meilleure délégation et prise d'autonomie et d'améliorer l'organisation du travail, de se baser sur des critères objectifs pour évaluer la performance et les compétences professionnelles du directeur des soins, de proposer des formations adaptées aux exigences du poste.

Dans l'idéal, cette fiche de poste devra être actualisée chaque année lors de l'entretien annuel d'évaluation.

Formaliser et rendre essentielle la place du reporting

L'enquête révèle l'importance de définir un schéma de fonctionnement entre le directeur général et le directeur des soins basé sur une écoute et un respect réciproques. Le reporting est un outil qui peut œuvrer dans ce sens. L'analyse d'enquête met en évidence sa réalisation dans la plupart des cas. Cependant sa fréquence et son contenu sont aléatoires. Lorsque le directeur général instaure un management participatif avec une délégation importante, les reporting doivent être plus rapprochés, hebdomadaire idéalement.

L'outil de reporting pourrait se présenter de la façon suivante :

Logo CH

Direction des soins

REPORTING HEBDOMADAIRE DU .../01/2015

Points abordés	Situation	Commentaires	Décision
<i>Pôle...</i>			
<i>Gestion des lits</i>			
<i>Projet...</i>			
<i>Directeur d'appui</i>			
...			

Cette grille renferme dans une première colonne les points à aborder (par exemple : les activités d'un pôle, le manque de lits dans un secteur de soins, l'avancement d'un projet...) ; dans une seconde colonne apparaît l'état de la situation de chacun des points à aborder ; dans une troisième colonne s'inscrivent les échanges entre les participants sous forme de commentaires ; dans une dernière colonne sont consignées les décisions à mettre en œuvre.

Inciter le directeur des soins à s'approprier des tableaux de bord de pilotage

Les discours des directeurs d'hôpital pointent l'importance pour un directeur des soins, de connaître les enjeux financiers de l'établissement. Les tableaux de bord de pilotage sont les principaux outils de maîtrise et de contrôle, notamment financiers. L'évolution des systèmes d'information permet désormais d'avoir des données pertinentes en temps réel et ainsi de pouvoir les partager avec les collaborateurs. Les tableaux de bord doivent être utiles, simples d'utilisation et alimentés par des données objectives incontestables. Ils doivent faciliter la prise de décision. Ils offrent une vision prospective, mettent en évidence

les risques et surtout permettent une réactivité. La construction de chacun des tableaux de bord doit se faire de façon partagée afin d'en faciliter sa légitimité et son appropriation. Dans le contexte actuel, divers tableaux de bord existent : ceux de la direction administrative et financière qui reprennent principalement des données d'activités, de dépenses et recettes, ceux de la direction des ressources humaines qui prennent en considération le suivi des personnels non médicaux dans leur globalité et ceux des affaires médicales qui permettent le suivi des personnels médicaux. Mais, concernant la direction des soins, qu'en est-il ? Ne serait-il pas approprié que le directeur des soins, qui s'inscrit aussi dans les enjeux financiers de l'établissement, ait un tableau de suivi hebdomadaire d'activité lui permettant d'avoir une vision globale des activités, des flux patients, des points de blocage avec la possibilité de comparer ces données avec l'année précédente. Ces éléments, ainsi que ceux des autres directions, pourraient être présentés avec une analyse succincte lors de chaque comité de direction.

Ce tableau pourrait éventuellement avoir cette forme :

Semaine 42 / 2015 Date		Lits vacants 9 H			Lits réservés 9 H			9 H	9 H	Total patients attende SAU 14H00	Nombre de passages au SAU	Adulte	Pédiatrie	Nombre d'hospitalisations Adulte	Nombre d'hospitalisations PED	% d'hospitalisations Adulte	% d'hospitalisations PED	Patients de + 75 ans	Enfants de moins d'1 an	Patients en attente de SSR dans les unités
		MED	CHIR	Total Dispo 9H	MED	CHIR	Total réservé	Lits dispo HC	Lits aigus dispo											
Lundi	.././2015																			
Mardi	.././2015																			
Mercredi	.././2015																			
Jeudi	.././2015																			
Vendredi	.././2015																			
Samedi	.././2015																			
Dimanche	.././2015																			
Moyenne S 42 / 2015																				
Moyenne S 42 / 2014																				
Semaine 36																				
Semaine 37																				
Semaine 38																				
Semaine 39																				
Semaine 40																				
Semaine 41																				

Rendre sa place au projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques

Les éléments mis en évidence lors des entretiens précisent que le « *directeur des soins est en charge de l'organisation paramédicale, qu'il pilote le projet de soins et facilite la mise en œuvre du projet institutionnel* ». Certes, la plupart des hôpitaux ont un projet d'établissement actualisé et donc un projet de soins, cependant, dans de nombreux cas, le projet de soins est généraliste sans réelle déclinaison opérationnelle. De ce fait, ce dernier perd de son sens car il peut être utilisé comme un réel outil de pilotage pour le directeur des soins. Le projet de soins est pour partie la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le domaine médical, mais a aussi ses propres axes de développement. Il est défini pour une période maximale de 5 ans. Le projet de

soins trouve ses points d'ancrage dans les textes réglementaires qui fixent les modalités d'élaboration du projet d'établissement :

- L'article L 6143-2 du code de la santé publique et modifié par l'ordonnance 2010 du 23 février 2010. Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement,
- L'article 4, section III - Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Le directeur des soins « *élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* »,
- L'article R. 6144-1- Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics « *La commission médicale d'établissement est consultée sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques* ».

Afin que le projet de soins reflète une réelle démarche participative et devienne un support de pilotage, il pourrait s'élaborer de la façon suivante :

- Evaluer le projet de soins précédent et relever les points non réalisés,
- Interviewer les professionnels de santé non médicaux et l'encadrement par le biais d'un questionnaire afin d'en déduire les thèmes de travail du projet de soins. L'analyse des questionnaires serait présentée en C.S.I.R.M.T.,
- Définir avec les représentants de la C.S.I.R.M.T. les axes de projet de soins,
- Elaborer des groupes de travail avec des représentants de la C.S.I.R.M.T. Chacun des groupes se verrait confier un axe du projet de soins à décliner en fiches actions,
- Réaliser une synthèse des propositions et regrouper certaines fiches actions. Ce travail serait réalisé par la direction des soins et présenté à la C.S.I.R.M.T. et en réunion de cadres supérieurs paramédicaux,
- Renseigner les fiches actions au regard des propositions de chaque groupe,
- Présenter et ajuster des fiches actions par chaque groupe de travail, après s'être rapproché des « experts » pour les fiches qui le justifient (exemples : le directeur des ressources humaines, le directeur en charge de la qualité et de la gestion des risques, le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.L.I.N.)...),
- Présenter les fiches actions à la C.S.I.R.M.T.
- Communiquer autour du projet de soins auprès des différents professionnels paramédicaux, médicaux et administratifs,

- Mettre en œuvre le projet de soins et l'évaluer régulièrement avec des retours auprès des équipes.

Ainsi, le projet de soins aurait une déclinaison opérationnelle par le biais :

- D'un document récapitulatif des fiches actions,
- D'une déclinaison des fiches actions selon un modèle défini qui comporterait : le nom d'un référent, des objectifs, des actions, un échéancier, des critères d'évaluation, le lien éventuels avec d'autres projets institutionnels (projet social, la certification, le projet médical...),
- D'un échéancier de suivi du projet de soins,
- D'une grille d'évaluation du projet de soins proposée par l'A.R.S. Ile-de-France (cf. l'annexe IV).

Propositions d'outils :

Document récapitulatif des fiches actions

RECAPITULATIF DES FICHES ACTIONS					
Axe du projet de soins	Intitulé des fiches actions	N° de la fiche	Année de début	Année de fin	Responsable
AXE 1					
AXE 2					
AXE 3					
AXE 4					

Modèle de fiche action

NOM DE LA FICHE ACTION					
<u>Axe de rattachement :</u>					
<u>Porteur de l'action :</u>					
<u>Professionnels et/ou comité ou commission ressources :</u>					
<u>Description :</u>					
<u>Bénéficiaires :</u>			<u>Acteurs :</u>		
<u>Lien avec :</u>	Projet social	Certification (précisez)	Projet médical	Autre (précisez)	
<u>Objectif(s) :</u>					
Actions	2015	2016	2017	2018	2019
<u>Modalités d'évaluation et indicateurs de suivi :</u>					

Echéancier de suivi du projet de soins

SUIVI DU PROJET DE SOINS 2015 / 2019

Axes	Fiches actions		Porteurs	Liens				Echéancier								Remarques	
	N° de fiche	Intitulé de la fiche		Projet social	Certification	Projet médical	Autre	2015				2019					
								1er T	2ème T	3ème T	4ème T	1er T	2ème T	3ème T	4ème T		
AXE 1	1.1																
	1.2																
	1.3																
AXE 2	2.1																
	2.2																
	2.3																
AXE 3	3.1																
	3.2																
	3.3																

Légende :

	A réaliser
	En cours
	Réalisé

Vouloir instaurer un réel management participatif

Le management participatif est le type de management à développer depuis l'ordonnance du 2 mai 2005. Le directeur général devrait instaurer ce management avec son équipe de direction, il devrait en être de même pour le directeur des soins à l'égard de l'équipe des cadres supérieurs et des cadres paramédicaux. Le management participatif pourrait, éventuellement, se décliner de différentes façons :

- Dans des situations complexes telles que la réalisation d'un P.R.E., le directeur d'établissement pourrait consulter chaque directeur adjoint et leur demander de lui fournir des propositions. Cette approche favoriserait la collaboration, la responsabilisation et faciliterait la mise en œuvre du P.R.E., qui demeure malgré tout, un exercice délicat. En effet, chacun se sentirait davantage partie prenante et cela limiterait considérablement d'éventuelles oppositions qui contribueraient à tendre le climat,
- Le comité de direction pourrait contribuer pleinement à la mise en place d'un management participatif pour un directeur d'établissement. Il serait intéressant pour ce dernier de se réinterroger sur la place et les objectifs du comité de direction dans son management. En effet, le comité de direction pourrait juste être un lieu d'informations avec une dominante descendante ou alors un véritable endroit de partage dynamique, propice à la stratégie et au pilotage de l'hôpital. En fonction des orientations managériales que souhaiterait impulser le directeur général, il y aurait la nécessité ou pas d'ajuster le déroulement du comité de direction. A la vue d'expériences vécues dans d'autres établissements, le comité de direction pourrait se réunir de façon hebdomadaire et intégrer les éléments suivants :
 - ✓ Une revue de presse présentée par le directeur général sur les actualités nationales et régionales inhérentes au milieu médico-social,
 - ✓ Une présentation et une analyse du cahier de garde,
 - ✓ Une évocation par chaque direction de l'avancement de ses dossiers en cours ou à venir, une exposition des éventuelles présentations qui devraient avoir lieu dans la semaine.

Encourager la collaboration dès la formation du directeur d'hôpital et du directeur des soins

Il serait prématuré à l'heure actuelle d'envisager une formation commune. Cependant, il ne serait pas inutile de multiplier les cours et projets communs en plus de ceux qui existent déjà (santé publique, le travail sur les représentations, module inter professionnels, stage inter écoles). En effet, les élèves par le biais de cours communs aux

contenus élargis et « sélectionnés », dispensés dès leur formation, appréhenderaient mieux les prérogatives inhérentes aux fonctions des chacun. La liste des enseignements suivants pourrait y contribuer :

- Management de la qualité et de la gestion des risques,
- Stratégie et projet d'établissement,
- Communication managériale et gestion de crises,
- Gestion des ressources humaines,
- Analyse et gestion financière d'un établissement de santé,
- Sociologie de l'hôpital et l'action collective,
- Système d'information et d'aide à la décision.

Et pourquoi ne pas offrir aux élèves directeurs d'hôpital et directeurs des soins la possibilité de réaliser un mémoire professionnel commun ?

Renforcer la collaboration entre le directeur des soins et le président de la C.M.E.

L'une des personnes interviewées a spécifié qu'il serait approprié que le directeur des soins renforce sa collaboration avec le président de la C.M.E. autour de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Il est vrai que peu de directeurs des soins prévoient des temps d'échanges formels avec le président de la C.M.E. D'un commun accord, il serait intéressant d'organiser des rencontres pour réaliser un point d'avancement sur les dossiers en cours et les nouveaux dossiers.

3.2 D'autres préconisations envisageables en qualité de futur directeur des soins

Les préconisations énumérées précédemment me paraissent réalisables en tant que futur directeur des soins. D'autres cependant, non abordées lors de la démarche d'enquête, seraient également appropriées et pertinentes.

Adapter logiquement l'organigramme hospitalier

A l'heure actuelle, beaucoup d'organigrammes hospitaliers ne reflètent pas la gouvernance interne des hôpitaux depuis l'ordonnance de mai 2005. En effet, le pilotage des hôpitaux comprend toujours deux logiques : une verticale et une horizontale. C'est pourquoi il semblerait judicieux d'approprier l'outil de présentation de l'établissement en

ce sens afin de faire apparaître le maillage existant ou qui devrait exister entre ces deux logiques.

C'est pourquoi l'organigramme devrait se présenter de la façon suivante :

- Au niveau supérieur, le directeur, chef d'établissement et à ses côtés le président de la C.M.E.,
- En dessous, les différents pôles et pour chacun d'entre eux, les noms du chef de pôle, du cadre paramédical, du directeur d'appui et du cadre administratif. La composition du pôle serait détaillée (secteurs et noms des responsables médicaux et paramédicaux),
- Sur la gauche, les directions supports apparaîtraient,
- Sur la droite, les professionnels en missions transversales, ou comités et commissions.

Opter dans le cadre du projet d'établissement pour un « projet de santé du patient » plutôt qu'un projet médical et paramédical

Aujourd'hui dans le projet d'établissement, la réglementation veut que l'on sépare le projet médical du projet de soins. Cependant, pour mieux refléter la réalité du terrain, ne serait-il pas possible de les regrouper sous la forme d'un projet de santé du patient ?

Ne faudrait-il pas y ajouter deux autres composantes : les acteurs en responsabilité de la partie administrative et les partenaires externes intervenant dans le parcours de santé. Pourquoi cela paraîtrait-il illogique ?

Lors de sa venue à l'hôpital le patient rencontre trois catégories professionnelles : médicale, soignante et administrative. Dans ce cas, pourquoi ne pourrait-on les intégrer ? De plus, à l'heure du projet de Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé (F.I.D.E.S.), de la maîtrise de la progression des dépenses d'assurance maladie qui impose un effort de 10 milliards d'euros d'économie à l'horizon 2017, soit près de 3,2 milliards d'euros²⁴, il semble justifié d'associer les professionnels administratifs à la démarche, car plus que jamais, il va être nécessaire de tendre vers une exhaustivité des informations pour une optimisation des recettes de l'établissement.

La nécessité d'une approche coordonnée dans le cadre d'une prise en charge centrée sur le parcours de santé, justifierait d'ouvrir les « portes » de l'hôpital aux partenaires externes. Les réseaux, les G.C.S. ont déjà permis une approche entre ces deux « milieux », mais allons plus loin en les intégrant dans la conception du projet d'établissement et donc en leur offrant l'opportunité de se projeter avec nous dans les années à venir.

²⁴ Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, présenté par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine, le 29 septembre lors d'une conférence de presse

Renforcer la place du rapport d'activités de la direction des soins

Ne faudrait-il pas remplacer le rapport d'activités de la direction des soins qui s'apparente souvent à une sorte de compilation formée par les écrits des différents cadres paramédicaux de pôles par une véritable synthèse des activités de soins ? Celle-ci induirait au départ une réflexion d'ensemble liant les différentes activités réalisées. Cet outil, ainsi élaboré serait sans doute beaucoup plus propice à une collaboration plus fructueuse tant au niveau de l'encadrement qu'avec le directeur général, en permettant une évaluation globale de la politique de soins mise en œuvre dans l'établissement au cours de l'année écoulée.

Proposer des formations communes pour le directeur général, le président de la C.M.E. et le directeur des soins

La plupart des hôpitaux ont proposé lors de l'instauration des pôles une formation commune à destination des trios (chef de pôle, cadre de pôle et directeur d'appui). Ne pourrait-on pas étendre un tel type de formation qui s'adresserait au directeur d'établissement, au président de la C.M.E. et au directeur des soins ? Face aux évolutions hospitalières, aux nouveaux enjeux de santé publique, il serait nécessaire de se préparer à mieux se former, à mieux collaborer, pour répondre aux attentes et aux besoins du territoire.

Synthèse

Les préconisations proposées se veulent pragmatiques tant celles qui résultent de l'enquête que les autres. Elles s'inscrivent dans le contexte contraint actuel et peuvent être rapidement mises en œuvre. Elles ne veulent avoir pour objectif que d'engendrer des effets bénéfiques en permettant aux acteurs de mieux s'approprier leurs missions depuis les réformes hospitalières intervenues sur le pilotage interne et de les préparer pour faire face aux nouveaux enjeux.

Conclusion

Le choix d'un thème de recherche n'est pas le fruit du hasard, il sous-tend des valeurs professionnelles et personnelles. Cette recherche demeure une réelle source d'intérêt car, au-delà de l'aspect théorique, l'objectif à atteindre vise l'amélioration des pratiques.

L'élaboration de ce travail s'est vue complexifiée pour de multiples raisons. Tout d'abord parce qu'elle traite d'un sujet délicat qui peut vite s'engager sur des chemins non professionnels, qui nous auraient éloignée de l'objectif initial. Aussi, parce qu'elle suscite chez le lecteur une introspection quant à sa propre façon de collaborer ne pouvant laisser chacun insensible. De plus, les recherches bibliographiques ont été difficiles car il n'existe aucun écrit sur ce sujet. Les seuls supports existants à ce propos concernaient la collaboration entre le directeur d'établissement et le président de la C.M.E. ou les chefs de pôles et entre le directeur des soins et les cadres de pôles. Enfin, certaines interviews n'ont pas permis d'aborder certaines thématiques en profondeur comme cela était attendu.

Cette démarche de recherche s'est focalisée sur la collaboration entre deux acteurs mais il est évident qu'elle ne se limite pas uniquement à ce binôme. Le travail le démontre car, à plusieurs reprises, nous avons cité d'autres collaborateurs comme l'équipe de direction, le président de la commission médicale d'établissement, la communauté médicale, l'encadrement, les usagers, les tutelles, les élus, les partenaires de la C.H.T, des G.C.S...

La collaboration nécessite une ouverture d'esprit et de réelles capacités d'adaptation, qui se verront renforcées notamment par le partage et la mobilité entre professionnels. Cela ne soulèverait-il pas de nouvelles questions qui justifieraient que l'on s'y attarde ?

Néanmoins, il faut toujours garder à l'esprit la lutte contre toute habitude, qui, certes est confortable voire rassurante, mais à quel point dangereuse et destructrice. Il est aussi important de se souvenir que rien n'est isolé, que tout est lié et que tout se rejoint. C'est ainsi que s'exprimait R.M. Rilke « *le plus court chemin de moi-même à moi-même passe par autrui* ». C'est bien dans ce sens qu'il faut considérer la collaboration, comme une réponse adaptée à cette volonté d'aider à mieux se connaître, à donner du sens à sa démarche, à impliquer totalement et rendre responsable chaque acteur.

Les évolutions bousculant la construction historique de l'hôpital et les contraintes obligeant à agir différemment justifient de mettre en place des leviers pour « modifier » le système de santé et cela requiert « *de s'appuyer sur un système d'acteurs de la*

transformation »²⁵ comme le souligne Monsieur Thomas Le Ludec, directeur délégué, directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la Haute Autorité de Santé (H.A.S.).

L'importance du rôle des acteurs face aux enjeux actuels et futurs pour les patients et les institutions nécessite, pour les dirigeants d'établissement de santé, d'être entourés et accompagnés d'une équipe de collaborateurs performante, convaincue de la vision et de l'orientation donnée par le responsable d'établissement.

Les directeurs d'hôpital sont de plus en plus confrontés à de nouveaux enjeux. Il leur incombe de renforcer la mise en place d'un service territorial de santé au public pour améliorer la prise en charge des Français (cf. le projet de loi de santé²⁶). Ce nouvel état de fait les oblige donc à reconsidérer leur façon de collaborer notamment avec le directeur des soins. Il va devoir s'appuyer davantage sur ses collaborateurs en leur offrant une plus grande autonomie, respectueuse des évolutions. Cette confiance suppose l'acquisition de nouvelles compétences pour les collaborateurs.

Ce travail de recherche, en plus de cette année de formation, m'a permis de cheminer et d'identifier clairement mes attentes et besoins en ce qui concerne ma prise de fonction, de réfléchir sur mes futures collaborations tant avec le directeur d'établissement qu'avec mes futurs collègues et collaborateurs. De même, il me semble essentiel d'être attentive aux leurs afin d'essayer d'y répondre dans le respect de mes futures missions et prérogatives.

Le directeur des soins doit s'efforcer d'établir une collaboration pour un pilotage institutionnel adéquat. Il ne doit pas hésiter à partager les réussites qui renforcent et donnent l'envie de continuer. A contrario, les échecs, doivent être partagés, discutés et analysés.

Quoi qu'il en soit, les compétences à la collaboration évoluent à travers le temps et c'est l'aisance avec laquelle le professionnel adapte ses propres ressources et les combine avec celle des autres, selon le contexte, qui fait de lui un bon collègue collaborateur.

²⁵ Séminaire organisé par l'E.H.E.S.P., 1^{er} avril 2014, T. Le Ludec, directeur délégué et directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Haute Autorité de Santé « de l'hôpital vertical au parcours de soins »

²⁶ Projet de loi de santé, projet porté par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine, s'inscrit dans le prolongement de la stratégie nationale de santé lancée par le Gouvernement en 2013

Bibliographie

Lois et règlements

- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. JORF n°102 du 3 mai 2005
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n°167 du 22 juillet 2009
- Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé. JORF n°104 du 5 mai 2010
- Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé. JORF n°136 du 15 juin 2010
- Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. JORF n°227 du 30 septembre 2010
- Note d'information n° CNG/DGD/UDH-DS/2014/230 du 22 juillet 2014 relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2014

Rapports

- Larcher G., rapport de la commission de concertation sur la mission de l'hôpital, avril 2008
- Vallancien G., rapport concernant les réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire, 10 juillet 2008
- De Singly C., rapport de la mission cadres hospitaliers, 11 septembre 2009
- Zeggar H., Vallet G., bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestions mises en place dans les établissements de santé, IGAS, rapport n° RM2010-010P, février 2010
- Toupillier D., Yahiel M., rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements de santé, janvier 2011
- Fourcade J.P., rapport concernant l'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé institué par l'article 35 de la loi du 21 juillet

2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, juillet 2011

- Fellingier F., Boiron F., rapport concernant la mise en œuvre des nouvelles modalités d'organisation interne et territoriale issues des réformes récentes, en particulier de la loi du 21 juillet 2009 Hôpital, Patients, Santé et Territoires, janvier 2012
- Couty E, Scotton C, « pacte de confiance » pour l'hôpital, rapport de synthèse concernant l'évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements publics de santé, mars 2013

Ouvrages

- Coll C., 2012, « le directeur des soins ». Collection mémoires numériques de la BNDS, les études hospitalières
- Couty E., Kouchner C., Laude A., 2010 « la loi H.P.S.T. regards sur la réforme du système de santé ». Presse de l'E.H.E.S.P.
- Crozier M., Friedberg E., 1992, « l'acteur et le système ». Seuil, point essais
- F.H.F. édition 2011, « l'hôpital expliqué »
- Guibert G., de Montalembert P., Verdier F., 2011 « directeur d'hôpital l'essor d'une profession ». Presse de l'E.H.E.S.P.
- Hontebeyrie-Soulié C., Ponchon F., 2011 « L'usager et le monde hospitalier : 50 fiches pour comprendre ». Presse de l'E.H.E.S.P.
- Le Bortef G. 2006 « construire les compétences individuelles et collectives ». Editions d'organisation

Publications

- Budet J.M., février 2014 n°108 « La gouvernance interne des établissements publics de santé, un subtil pilotage », la gazette de l'hôpital
- Cauvin C., Le Joly K., novembre 2003 cahier 181 « la gouvernance de l'entreprise à l'hôpital », gestions hospitalières
- Chauvancy M.C., Dugast C., juin 2013 n°333 « le métier de directeur des soins un exercice solitaire ou des missions partagées au service de la stratégie ? », les cahiers de la fonction publique
- Clause-Durif C., février 2011 n°503 « directeur des soins : un corps professionnel en évolution », gestion hospitalière
- Désiré M., Goulvant F., Ikhlef H., Roumegous A. Diulus J.P., octobre 2013 n°529 « la cible managériale, la plus-value de l'expertise soins au service de la décision opérationnelle et stratégique », gestions hospitalières

- Devreese E., janvier-février 2002 n°484 « légitimité du directeur et jeu des acteurs », revue hospitalière de France
- de Kervasdoué J., janvier-février 2002 n°484 « l'avenir du système français : rupture ou continuité », réflexions hospitalières
- de Montalembert L., septembre 2012 n°208 « directeur des soins : un métier en mutation », objectif soins et management
- Faure A., janvier 2006 n°452 « nouvelle gouvernance - inquiétude et espoirs des futurs acteurs », gestions hospitalières
- Fray A.M., août 2009 n°28 « nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs », management et avenir
- Hautmulle M., septembre 2012 n°208 « encadrer des professionnels d'une autre filière que la sienne », objectifs soins et management
- Jardinaud M., janvier 2014 n°116 « justice et management, l'apparent paradoxe », direction(s)
- Moisdon J.C., juillet-septembre 2008 volume 39 n°3 « gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant ? », pratiques et organisation des soins
- Oualid F. décembre 2003 n°431 « le pilotage bicéphale d'un service hospitalier - vers une meilleure coopération », gestions hospitalières
- Ravelo de Tovar A., Guidt M., janvier 2006 n°452 « le pilotage des missions des établissements publics de santé - un nouveau paradigme », gestions hospitalières
- Scheffer P., de Marsac C., octobre 2007 n°469 « réussir la gouvernance hospitalière - une approche proactive : le management Hoshin », gestions hospitalières
- Schweyer F.X., « l'infirmière qui devient directeur - profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics », la compétence en question
- Schweyer F.X., décembre 2007 tome XXVI n°4 « hôpital, les métiers en réforme », interbloc

Conférences

- Séminaire organisé par l'E.H.E.S.P., 1^{er} avril 2014, T. Le Ludec, directeur délégué et directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Haute Autorité de Santé « de l'hôpital vertical au parcours de soins »

Autres

- A.F.D.S., E.H.E.S.P., F.H.F., « plaquette de présentation du métier de directeur des soins - un positionnement stratégique »
- A.N.F.H., guide des métiers « directeur des soins »

- Ecole en chantier, septembre 2007 « cadre de référence - collaboration interprofessionnelle », université de Sherbrooke, faculté d'éducation
- E.H.E.S.P., décembre 2011 et actualisé en décembre 2013, « référentiel des compétences des directeurs des soins »
- Référentiel métier « de directeur des soins »
- Référentiel métier « de directeur d'hôpital »
- Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière « directeur des soins »

Cours

- Anthony-Gerroldt H., octobre 2013, « séminaire de préparation à l'oral du concours de directeur des soins »
- Schweyer F.X., année 2014, « cours de sociologie », E.H.E.S.P.

Site internet

- <http://www.ars.iledefrance.sante.fr>, 2013 « amélioration des pratiques professionnelles paramédicales - guide du projet de soins », A.R.S. Ile-de-France

Liste des annexes

- Annexe I Guide d'entretien semi-directif du directeur d'hôpital
- Annexe II Guide d'entretien semi-directif du directeur des soins
- Annexe III Tableau de synthèse et d'analyse des entretiens
- Annexe IV Grille d'évaluation du projet de soins de l'A.R.S. Ile-de-France

Question centrale :

« Peut-on repérer et définir, à partir de situations de travail concrètes, les leviers et les freins éventuels à l'instauration d'une collaboration entre le directeur général et le directeur des soins en établissement public de santé ? »

Parcours professionnel

- Pouvez-vous me présenter l'établissement que vous gérez et son organisation ?
- Quelle est votre ancienneté dans la fonction de Directeur d'hôpital, chef d'établissement ?
- Avez-vous exercé cette fonction dans plusieurs établissements de santé ? Combien ? A quelle date remonte votre prise de fonction au sein de cet établissement ?
- Le directeur des soins était-il déjà présent ?
- Durant votre exercice avez-vous été amené à travailler avec différents directeurs de soins ?

Collaboration

- Quels sont vos principaux collaborateurs ? Et pourquoi ?
- Comment positionnez-vous le D.S. au sein de l'équipe de direction ?
- Quelle place accordez-vous au D.S. ?
- Percevez-vous une évolution concernant la position du D.S. ?
- A votre avis, y-a-t-il une évolution du métier de D.S. ? En quoi ? Et pourquoi ?
- Quelles sont vos attentes à l'égard du D.S. ? Et d'après vous, quelles sont les siennes à votre égard ?
- Quelles qualités doit posséder un D.S. ? Et un D.H. ?
- Comment concevez-vous le rôle du D.S. (notamment depuis l'ordonnance du 2 mai 2005 avec l'instauration des pôles) ?
- Comment qualifiez-vous votre collaboration avec le D.S. actuel ? Cette collaboration vous convient-elle ? En quoi et pourquoi ?
- Avez-vous rencontré des difficultés avec certains D.S. ? Si oui, aviez-vous choisi ces D.S. ? A quoi ces difficultés étaient-elles dues ? Quelles en ont été les conséquences ? Comment avez-vous géré cette situation ?
- D'après vous, quels sont les leviers susceptibles d'instaurer une collaboration effective et partagée avec le D.S. ?

Relations

- Quelles relations entretenez-vous avec le D.S. ?
- A quelles occasions, sur quels sujets ?
- Associez-vous le D.S. sur des sujets spécifiques ? Et lesquels ?
- Sur quels modes (formels et/ou informels) ? A quel rythme ? Avez-vous des temps de travail spécifique avec le D.S. ?
- En qualité de D.H. continuez-vous à déléguer auprès du D.S. l'autorité hiérarchique de l'encadrement ?

Positionnement

- Comment percevez-vous le rôle et le positionnement de votre D.S. ? Et le vôtre ?
- Avez-vous déjà abordé ces points ensemble ?

Perspectives et enjeux

- Quels sont pour vous les enjeux actuels pour un D.S. ?

Question centrale :

« Peut-on repérer et définir, à partir de situations de travail concrètes, les leviers et les freins éventuels à l'instauration d'une collaboration entre le directeur général et le directeur des soins en établissement public de santé? »

Parcours professionnel

- Pouvez-vous me donner un aperçu de votre parcours professionnel, votre ancienneté dans la fonction de D.S. ? Dans cet établissement ?
- Avez-vous été amené à travailler avec différents D.H. ?

Collaboration

- Quels sont vos principaux collaborateurs ? Et pourquoi ?
- Quelle place accordez-vous à votre D.H. ?
- Comment êtes-vous positionné par le D.H. au sein de l'équipe de direction ?
- Comment qualifiez-vous votre collaboration avec le D.H. ? Cette collaboration vous convient-elle ? En quoi et pourquoi ?
- Percevez-vous une évolution concernant votre position ? En quoi ? Pourquoi ? Depuis quand ?
- Quelles sont vos attentes à l'égard de votre D.H. ? Et d'après vous, quelles sont les siennes à votre égard ?
- Quelles qualités doit posséder un D.S. ? Et un D.H. ?
- Avez-vous rencontré au cours de votre exercice des difficultés avec certains D.H. ? Si oui, à quoi étaient-elles dues ? Comment avez-vous géré cette situation ? Quelles en ont été les conséquences ?
- D'après vous, quels sont les leviers susceptibles d'instaurer une collaboration effective et partagée avec le D.H. ?
- La collaboration avec le D.H. vous semble-t-elle nécessaire voire indispensable ? Et pourquoi ?
- Que pouvez-vous dire de la collaboration du D.H. avec le Président de la C.M.E./ du D.H. avec les chefs et les C.S. de pôle ? Et vous avec ces même acteurs ?

Vos relations

- Quelles relations entretenez-vous avec le D.H. actuel ?
- A quelles occasions, sur quels sujets ?
- Associez-vous le D.H. sur des sujets spécifiques ? Et lesquels ?
- Sur quels modes (formels et/ou informels) ? A quel rythme ? Avez-vous des temps de travail spécifique avec le D.H. ?
- En qualité de D.S. continuez-vous à avoir l'autorité hiérarchique de l'encadrement ? Ce point vous semble-t-il essentiel ?

Positionnement

- Comment percevez-vous le rôle et le positionnement de votre D.H. ? Et le vôtre ?
- Avez-vous déjà abordé ces points ensemble ?

Perspectives et enjeux

- Quels sont pour vous les enjeux actuels pour un D.S. ?
- Et un D.H. ?

GRILLE D'ANALYSE

	PARCOURS PROFESSIONNEL			CONDITIONS DE LA COLLABORATION			COLLABORATION				REGLEMENTATION	REPRESENTATION	Perspectives / Enjeux	
	Ancienneté dans la fonction	Ancienneté dans le poste	Mobilité avant mai 2005	Entre le DG et le DS	Avec les autres personnels	Impact de l'environnement	Collaboration imposée ou choisie	Mise en œuvre de la collaboration (les outils)	Missions confiées (case DG)	Missions réalisées = Compétences (case DS)	Qualification de la collaboration	La collaboration attendue au regard du statut		La collaboration répond-elle aux besoins de l'un et de l'autre ?
DG														
CHA														
DS														
DS														
DG														
CH B														
DS														
DG														
CH C														
DS														
DG														
CH D														
DS														
SYNTHESE PARTIELLE														

Grille d'évaluation du projet de soins de l'A.R.S. Ile-de-France

Critères d'évaluation du projet de soins	Indicateur présent oui=1 non=0
Situation du projet de soins dans l'environnement institutionnel	
<i>Environnement externe</i>	
Référence au SROS et au projet médical de territoire	
Lien avec les tutelles (CPOM)	
Place de l'hôpital dans le territoire : territoire de santé - hôpital de référence - lieu de formation	
<i>Environnement interne</i>	
Organisation de la structure et gouvernance	
Éléments clés de la démarche de certification	
Équilibre financier	
Organisation de la Direction des soins et organigramme	
Répartition des professionnels paramédicaux dépendant de la direction des soins	
Bilan du projet de soins antérieur	
Indication des actions menées et de celles en cours	
Méthodologie d'élaboration du projet de soins	
Modalités d'élaboration du projet de soins	
Participants à l'élaboration du projet de soins - dispositif - groupe de travail	
Calendrier d'élaboration	
Avis des instances	
Politique générale des soins	
Philosophie des soins	
Valeurs et éthique des soins	
Principes de qualité et de sécurité des soins	
Référence aux bonnes pratiques professionnelles de soins	

Critères d'évaluation du projet de soins	Indicateur présent oui=1 non=0
Axes stratégiques du projet de soins [orientations du projet de soins]	
<i>Améliorer le parcours de soins et la prise en charge du patient</i>	
Les actions centrées sur le malade sont définies	
Les actions en lien direct avec le projet médical sont indiquées	
Les actions en lien avec les priorités nationales ou régionales sont indiquées	
Les responsables de mise en œuvre et de suivi des actions sont désignés	
Les collaborations et/ou coopérations sont précisées	
Les modalités d'évaluation sont définies (processus et/ou résultats)	
L'échéancier de réalisation des actions est précisé	
<i>Optimiser la sécurité du patient et la gestion des risques liés aux soins</i>	
Les actions centrées sur l'organisation des soins sont définies	
Les actions en lien direct avec le projet médical sont indiquées	
Les actions en lien avec les priorités nationales ou régionales sont indiquées	
Les responsables de mise en œuvre et de suivi des actions sont désignés	
Les collaborations et/ou coopérations sont précisées	
Les modalités d'évaluation sont définies (processus et/ou résultats)	
L'échéancier de réalisation des actions est précisé	
<i>Piloter et organiser les compétences managériales et soignantes</i>	
Les actions centrées sur la compétence du personnel sont définies	
Les actions en lien direct avec le projet médical sont indiquées	
Les actions en lien avec les priorités nationales ou régionales sont indiquées	

Critères d'évaluation du projet de soins	Indicateur présent oui=1 non=0
Les responsables de mise en œuvre et de suivi des actions sont désignés	
Les collaborations et/ou coopérations sont précisées	
Les modalités d'évaluation sont définies (processus et/ou résultats)	
L'échéancier de réalisation des actions est précisé	
<i>Développer l'évaluation des pratiques professionnelles et favoriser la recherche</i>	
Les actions centrées sur l'évaluation des pratiques et la recherche sont définies	
Les actions en lien direct avec le projet médical sont indiquées	
Les actions en lien avec les priorités nationales ou régionales sont indiquées	
Les responsables de mise en œuvre et de suivi des actions sont désignés	
Les collaborations et/ou coopérations sont précisées	
Les modalités d'évaluation sont définies (processus et/ou résultats)	
L'échéancier de réalisation des actions est précisé	
<i>Contribuer à l'enseignement et à la formation</i>	
Les actions centrées sur l'enseignement et la formation sont définies	
Les actions en lien direct avec le projet médical sont indiquées	
Les actions en lien avec les priorités nationales ou régionales sont indiquées	
Les responsables de mise en œuvre et de suivi des actions sont désignés	
Les collaborations et/ou coopérations sont précisées	
Les modalités d'évaluation sont définies (processus et/ou résultats)	
L'échéancier de réalisation des actions est précisé	

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2014

**LA COLLABORATION ENTRE LE DIRECTEUR GENERAL ET LE
DIRECTEUR DES SOINS EN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE :
UN REEL ENJEU POUR UN PILOTAGE INSTITUTIONNEL PARTAGE
ET ECLAIRE****Résumé :**

Nous entrons dans l'ère de la vision systémique dans laquelle la collaboration et la coopération sont des données incontournables. Les évolutions réglementaires ont obligé les acteurs hospitaliers à chercher de nouveaux repères et collaborations.

La gouvernance des hôpitaux a été revue dans le sens d'un partage des rôles et du leadership entre les différents responsables. Le binôme directeur d'établissement - directeur des soins est essentiel pour le pilotage de l'établissement, tout comme le tandem directeur d'établissement - président de la C.M.E.

La fonction du directeur des soins est clairement définie par la loi et les règlements, tant au niveau du positionnement institutionnel et des lignes hiérarchiques et fonctionnelles qui en découlent, que de son contenu. Une des difficultés que rencontrent les directeurs des soins est le décalage entre les missions définies par la législation et la mise en œuvre quotidienne.

Mots clés :

Acteurs - Collaboration - Evolution - Missions - Outils - Pilotage - Réglementation - Responsabilité

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.