



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

---

**LES RESTRUCTURATIONS A  
L'HOPITAL: QUELS LEVIERS D'ACTION  
POUR LE DIRECTEUR DES SOINS?**

---

**Arielle FOREY**

---

# Remerciements

---

Je remercie tout particulièrement,

Tous les professionnels qui ont accepté de me recevoir et qui ont nourri ma réflexion.

Mes compagnons de route pour cette année de formation.

Pour leur soutien sans faille avant et pendant la formation,

Je remercie mes proches : Anaëlle, Justine, Gilles, Geneviève et André

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 UN CONTEXTE EN PLEINE EVOLUTION ET DES CONCEPTS .....	5
1.1 LES ETABLISSEMENTS DE SANTE DANS UN ENVIRONNEMENT CONTRAIT .....	5
1.1.1 Les évolutions de financement des établissements de santé .....	5
1.1.2 De l'EPRD au plan de retour à l'équilibre financier .....	6
1.2 L'ADAPTATION DE L'HOPITAL AUX BESOINS DE LA POPULATION .....	8
1.2.1 La place de l'utilisateur au cœur du système de soins .....	8
1.2.2 Les parcours de soins .....	9
1.3 LE DIRECTEUR DES SOINS, UN METIER EN EVOLUTION .....	11
1.3.1 De 1975 à ce jour .....	11
1.3.2 Le directeur des soins au cœur du changement .....	12
1.3.3 Le DS et la gestion des ressources humaines (GRH) .....	13
1.4 L'ORGANISATION HOSPITALIERE .....	14
1.4.1 Un modèle de gestion des ressources humaines en évolution .....	14
1.4.2 La loi HPST .....	15
1.5 MANAGEMENT ET PILOTAGE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE .....	16
1.5.1 Les compétences .....	16
1.5.2 De la stratégie d'établissement .....	17
1.5.3 ...au développement de la coopération .....	18
1.6 LA PERFORMANCE .....	19
1.6.1 Un groupement d'intérêt public pour aider les établissements de santé : l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) .....	19
1.6.2 Les outils au service de la performance .....	20
2 ANALYSE DE TERRAIN .....	21
2.1 METHODOLOGIE DE L'ENQUETE .....	21
2.1.1 L'arbre à thèmes .....	21
2.1.2 L'outil d'enquête .....	21

2.1.3	Les établissements enquêtés .....	22
2.1.4	Les limites de l'étude .....	22
2.2	L'ANALYSE DES ENTRETIENS.....	23
2.2.1	Le contexte organisationnel et institutionnel .....	23
2.2.2	La polyvalence des professionnels .....	28
2.2.3	Les parcours de soins comme réponse aux besoins des patients.....	32
2.3	LA VALIDATION DES HYPOTHESES DE DEPART .....	35
3	LE DIRECTEUR DES SOINS : DES LEVIERS D'ACTION POUR ANTICIPER, AGIR, ACCOMPAGNER .....	37
3.1	MANAGEMENT ET PILOTAGE STRATEGIQUE.....	37
3.1.1	Une place réaffirmée dans les instances .....	37
3.1.2	La gestion des ressources humaines véritable enjeu économique.....	39
3.1.3	La formation pour une garantie de qualité et sécurité des soins.....	40
3.2	LA RECHERCHE DE LA PERFORMANCE AU SERVICE DU PATIENT.....	42
3.2.1	La gestion du temps de travail .....	42
3.2.2	Les indicateurs de la performance .....	43
3.2.3	Des propositions pour répondre au niveau de performance attendue .....	44
3.3	LES PARCOURS DE SOINS : UN LEVIER D'ACTION POSSIBLE POUR LE DS	45
3.3.1	Les dispositifs de coordination pour la personne âgée : une filière de soins en gériatrie, un modèle de parcours.....	46
3.3.2	Le DS porteur des projets de coopération entre les différents professionnels du territoire, un focus sur le parcours de soins de la personne âgée.....	47
3.3.3	La formation du personnel, un atout majeur dans l'organisation des parcours de soins. ....	48
	Conclusion.....	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAS	Activités afférentes aux soins
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASH	Agent des services hospitaliers
AVC	Arrêt vasculaire cérébral
CGS	Coordonnateur général des soins
CH A, B, C	Centre hospitalier A, B, C
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLASMO	Cellule locale d'accompagnement social à la modernisation
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME	Commission médicale d'établissement
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CS	Conseil de surveillance
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques
CSS	Cadre supérieur de santé
DIM	Département d'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
DPI	Dossier patient informatisé
DRH	Directeur des ressources humaines
DS	Directeur des soins
DSIRMT	Direction des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	Equipe mobile de gériatrie
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	Equivalent temps plein
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GPMC	Gestion prévisionnelle des métiers et compétences
GRH	Gestion des ressources humaines
HAS	Haute autorité en santé

HPST	Hôpital patient santé territoire
ICR	Indice de coût relatif
IDE	Infirmier diplômé d'état
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
MEAH	Mission d'expertise et d'audit hospitalier
MEOPA	Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PCA	Analgésique autocontrôlé par le patient
PCME	Président de la commission médicale d'établissement
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PPS	Plan personnalisé de santé
PRS	Programme régional de santé
PSPH	Participant au service public hospitalier
RTT	Réduction du temps de travail
SICS	Service infirmier de compensation et de suppléance
SIIPS	Soins infirmiers individualisés à la personne soignée
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSR	Soins de suite et réadaptation
SWOT	Strengths- Weaknesses- Opportunities- Threats
T2A	Tarifcation à l'activité
TO	Taux d'occupation
UCC	Unité cognitivo-comportementale
UHR	Unité d'hébergement renforcé
UHTCD	Unité d'hospitalisation de très courte durée
USC	Unité de soins continus
USLD	Unité de soins de longue durée

## Introduction

L'hôpital a connu une période d'euphorie financière et de prospérité pendant les 30 glorieuses entre 1945 et 1973. Cette période est marquée par une augmentation des bénéficiaires de la protection sociale. Le système de sécurité sociale finance alors un système hospitalier en pleine croissance. Les crises pétrolières des années 70 vont mettre en exergue les dysfonctionnements de l'hôpital et ses difficultés financières. Par la loi du 29 décembre 1979<sup>1</sup>, le législateur va redonner le pouvoir au ministre de la santé qui pourra décider la fermeture de lits excédentaires au regard de la carte sanitaire. Les hôpitaux sont mis sous haute surveillance de l'Etat. Le mode de financement des hôpitaux en dotation globale sera mis en place avec la loi du 19 janvier 1983<sup>2</sup>. Les hôpitaux perçoivent une dotation qui est indépendante de l'activité. C'est une première tentative de contrôle des dépenses hospitalières. En parallèle, le programme de médicalisation des systèmes d'information permettant l'évaluation de l'activité est rendu obligatoire dans les établissements publics de santé. Les ordonnances Juppé du 24 avril 1996<sup>3</sup> réaffirment la nécessité de maîtriser les dépenses de santé et de réorganiser la sécurité sociale avec la mise en place de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Les agences régionales de l'hospitalisation sont créées, elles ont pour mission de répartir les crédits entre les établissements de la région au regard de leur activité. Pour améliorer l'efficacité des établissements de santé, le plan hôpital 2007 met en place la tarification à l'activité, la nouvelle gouvernance hospitalière et l'organisation des établissements renouvée avec la création des pôles d'activité. Le gouvernement veut moderniser le financement des établissements de santé en allouant les ressources aux projets qui répondent aux besoins de la population. Ce mode de financement est mis en place dans les établissements de médecine-chirurgie-obstétrique dans un premier temps. La tarification à l'activité est intégrée à la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) introduite en 2004. Toutes les réformes menées ont pour objectif de réduire le déficit de l'assurance maladie tout en répondant aux besoins de santé de la population sur les territoires.

---

<sup>1</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°79-1140 du 29 décembre 1979 relative aux équipements sanitaires et modifiant certaines dispositions de la loi n°70-1318 portant réforme hospitalière. Journal officiel du 30 décembre 1979, 3311.

<sup>2</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale. Journal officiel du 20 janvier 1983, 374.

<sup>3</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale. Journal officiel du 20 janvier 1983, 374.

Depuis, la loi du 21 juillet 2009<sup>4</sup> poursuit la modernisation du système de santé avec une réforme globale au service des patients. Les agences régionales de l'hospitalisation deviennent les agences régionales de santé (ARS), elles regroupent les structures sanitaires, sociales et médico-sociales. La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des patients est définie par le directeur général de l'établissement et le président de la commission médicale d'établissement (CME) après consultation du président de la CSIRMT<sup>5</sup>. La publication des indicateurs de qualité et de sécurité des soins est une obligation pour tous les établissements de santé. Si le système de santé jusqu'à ce jour était centré sur le soin, il doit évoluer vers une prise en charge plus complète du patient. Une réflexion sur les parcours de soins<sup>6</sup>, de santé et de vie doit être menée dans les institutions notamment au regard de la progression des maladies chroniques. Il est ainsi possible de repérer des typologies de parcours. Les objectifs de l'approche « parcours » telle que définis par l'ARS<sup>7</sup> sont : « faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment. Le tout au meilleur coût ». Cette approche impacte nécessairement les organisations en place sur les territoires de santé.

Le contexte économique des établissements de santé nécessite depuis plusieurs années des restructurations pour une meilleure performance. Elles représentent parfois de vastes chantiers de reconstruction pour adapter l'offre de soins du territoire aux besoins de santé de la population ou elles peuvent demander des réorganisations internes au regard de l'évolution des technologies médicales et de la répartition de l'offre de soins sur le territoire. Toutes ces mutations nécessitent un accompagnement sur le terrain qui est assuré par le directeur des soins (DS).

Par ses missions, il est associé au recrutement et à la gestion des personnels non médicaux sous sa responsabilité. Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles en garantissant une répartition équilibrée des effectifs et en tenant compte des compétences et des qualifications requises pour assurer une prise en charge de qualité aux usagers. Pour ce faire il participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu. Dans le cadre de la loi Hôpital Patient Santé Territoire, le directeur des soins acquiert une légitimité au sein de l'équipe de direction en devenant membre de

---

<sup>4</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. 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, 12184.

<sup>5</sup> Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques

<sup>6</sup> ARS. *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie*. Visité le 19 mai 2014, disponible sur internet : <http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html>

<sup>7</sup> Agence régionale de santé



droit du Directoire, instance qui assiste le directeur de l'établissement dans l'élaboration de la stratégie d'établissement et le projet d'établissement. En tant que Président de la CSIRMT, le DS aura à se prononcer sur les orientations stratégiques, le plan de retour à l'équilibre ainsi que sur l'organisation des pôles.

Dans le cadre de plan de retour à l'équilibre, le DS va suivre l'activité avec différents tableaux de bord. Plusieurs indicateurs comme le taux d'occupation des lits, la durée moyenne de séjour vont l'aider dans la prise de décision en termes d'organisation du travail et de dimensionnement des effectifs. Les outils de charge en soins comme les soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS) vont lui permettre d'évaluer la charge en soins sur le plan qualitatif et quantitatif. La connaissance de la charge en soins représente un véritable enjeu dans la mesure où les soins infirmiers sont encore mal définis et la collecte de l'information est rarement systématique. Tout système de recueil d'information doit être efficient. Les différents outils mis à la disposition du DS lui permettent de piloter le projet de soins et de rechercher la performance des organisations. Il va manager les équipes d'encadrement et accompagner les restructurations pour répondre de façon efficiente aux besoins de la population et aux contraintes de l'établissement de santé.

Ces constats nous amènent à nous poser diverses questions sur le rôle du DS dans les restructurations: comment redimensionne-t-il les équipes, avec quels outils ? Quelle est la place du parcours patient dans les réorganisations ? Comment assurer la qualité des soins dans un environnement contraint ? Comment développer les compétences des professionnels pour répondre aux besoins du patient, en lui garantissant des soins de qualité et sans risque?

Ce questionnement nous conduit à formuler la question de départ suivante :

**« Quels sont les leviers d'action que le directeur des soins peut utiliser pour restructurer les organisations dans un cadre de contrainte budgétaire, sans affecter la sécurité et la qualité des soins ? »**

Cette question de départ induit 3 hypothèses :

- L'utilisation d'indicateurs comme la durée moyenne de séjour (DMS), le taux d'occupation des lits ou les outils de charge en soins sont au service de la performance.
- La polyvalence des professionnels est un levier dans le redimensionnement des équipes.
- La réflexion sur les filières de soins et parcours de soins est nécessaire dans le cadre des restructurations des services.

Ce travail de recherche comporte trois étapes. La première aborde les évolutions contextuelles des établissements de santé et les concepts d'organisation hospitalière, de management et de performance. La seconde partie s'intéresse à la méthodologie d'enquête, les outils utilisés. Elle analyse le rôle des directeurs des soins dans les restructurations conduites sur un établissement. Enfin la dernière étape consiste à repérer les leviers d'action que le directeur des soins peut mettre en œuvre pour accompagner les réorganisations.

# 1 UN CONTEXTE EN PLEINE EVOLUTION ET DES CONCEPTS

## 1.1 LES ETABLISSEMENTS DE SANTE DANS UN ENVIRONNEMENT CONTRAINT

### 1.1.1 Les évolutions de financement des établissements de santé

Depuis les années 1970, les crises pétrolières qui ont entraîné la France dans une situation économique critique ont amené le législateur à revoir les modes de financement des établissements de santé.

De la dotation globale à la T2A

Le législateur met en place la dotation globale de financement en 1983<sup>8</sup> pour les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Cette enveloppe se substitue à la tarification au prix de journée qui est inflationniste. Les établissements sont donc dotés d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative. Elle est calculée en fonction du nombre de journées réalisées et reconduite d'une année sur l'autre au regard de l'exercice précédent avec l'application d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières. En parallèle, le forfait hospitalier à la charge du patient est mis en place. Dans ce système de financement, les dépenses conditionnent les recettes qui encadrent les moyens et permettent l'activité.

L'ordonnance du 24 avril 1996<sup>9</sup> instaure une régulation par les coûts fondée sur les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) et l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il a été mis en place pour parer au déficit de la branche maladie. Il constitue un objectif de dépenses prévisionnelles et est réparti en trois grandes catégories de dépenses dont l'une concerne les établissements de santé. Ces derniers sont financés en fonction de leur activité.

Le plan de modernisation de l'hôpital 2007 met en place une tarification à l'activité (T2A) incitative en lien avec la nouvelle gouvernance et l'organisation en pôle d'activité. Elle est basée sur l'harmonisation des modes de financement. Elle permet un pilotage plus efficace par une meilleure connaissance des coûts et une médicalisation des financements. Ainsi, l'activité génère des recettes qui autorisent les dépenses traduites en moyens. La maîtrise des dépenses prend tout son sens avec cet outil. La T2A représente une nouvelle approche financière et de gestion des établissements de santé. Ce nouveau mode de financement est au service d'une politique d'organisation des soins : Elle permet

---

<sup>8</sup>MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Décret n°83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier. Journal officiel du 12 août 1983, 2603.

<sup>9</sup>MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996, 6324.

de dynamiser l'activité et d'améliorer les moyens d'intervention en réponse aux besoins en soins de la population. Elle contribue également à la réduction des inégalités territoriales. La recherche d'une convergence intra sectorielle, en appliquant à une pathologie désignée un tarif unique, incite les établissements de santé à mieux maîtriser leurs coûts et à gagner en efficacité. Le rapport de l'IGAS<sup>10</sup> de mars 2012, précise d'ailleurs : « dans les établissements de santé, la T2A est perçue comme un levier de la performance. Dans les hôpitaux publics en particulier, elle a favorisé un intérêt nouveau pour le suivi de l'activité et la maîtrise des coûts ». Pour ce faire, les hôpitaux ont élaboré des outils de suivi de l'activité et ont mis en place un dialogue de gestion au niveau des pôles.

Le financement des établissements en T2A a nécessité l'introduction d'une nouvelle méthode d'élaboration budgétaire : l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)<sup>11</sup>. Le budget devient évaluatif, il nécessite la définition de l'activité attendue qui permet de déterminer les recettes.

### **1.1.2 De l'EPRD au plan de retour à l'équilibre financier**

Dans le cadre du pilotage de l'établissement de santé, il est nécessaire que les hôpitaux se dotent d'outil de suivi pour avoir une information régulière sur les évolutions des recettes et des dépenses. L'EPRD permet aux établissements d'avoir « une vision synthétique de l'activité et de ses coûts induits »<sup>12</sup>. L'objectif du législateur est d'offrir une plus grande souplesse de gestion aux établissements et donc de leur permettre d'être réactifs aux évolutions de l'activité. Il est « l'acte par lequel sont prévues et autorisées ses recettes et ses dépenses annuelles qui détermine les recettes prévisionnelles nécessaires pour couvrir ses dépenses »<sup>13</sup>. Les crédits inscrits à l'EPRD ont un caractère évaluatif en dehors des crédits de personnel qui ont un caractère limitatif. Ainsi le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés doit comporter l'effectif du personnel médical et non médical, la rémunération est inscrite dans l'EPRD. Il apparaît donc primordial que les établissements de santé assurent un suivi précis des effectifs et que ces éléments soient transmis à l'ensemble de l'équipe de direction et aux équipes d'encadrement. De même, les opérations de travaux et celles concernant les équipements matériels lourds devront

---

<sup>10</sup> IGAS, mars 2012, *Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*, Anne BRUANT-BISSON, Paul CASTEL, Maurice PANEL, Rapport n°RM2012-011P

<sup>11</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET LA FAMILLE. Décret n°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé. Journal officiel, n°13 du 16 janvier 2005, 706.

<sup>12</sup> ANAP. *Pilotage des établissements de santé : enjeux du pilotage pour les établissements de santé*. Visité le 05 septembre 2014, disponible sur internet : [http://www.anap.fr/uploads/tx\\_sabasedocu/Pilotage\\_des\\_ES\\_Enjeux\\_du\\_pilotage.pdf](http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Pilotage_des_ES_Enjeux_du_pilotage.pdf)

<sup>13</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

apparaître dans le programme d'investissement prévu dans le cadre du projet d'établissement. Un plan global de financement pluriannuel (PGFP) d'une durée de 5 ans accompagne l'EPRD et est actualisé chaque année avant d'être transmis à l'agence régionale de santé (ARS). Le directeur général de l'ARS approuve ou non l'EPRD. Il peut soumettre le fonctionnement et la gestion d'un établissement en difficulté à l'examen d'une mission d'enquête. Il peut également mettre en œuvre un plan de redressement s'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige. Les modalités de retour à l'équilibre sont alors prévues dans ce plan. Un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est alors signé entre le directeur de l'ARS et le Directeur de l'établissement. Ce contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) définit le chemin à suivre et doit aider l'établissement à se désendetter. L'objectif est la recherche d'une utilisation des ressources humaines et financières optimale tout en répondant aux missions de service public.

L'EPRD et le plan pluriannuel d'objectifs et de moyens sont arrêtés par le Directoire, instance qui remplace le conseil exécutif depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire<sup>14</sup> (loi HPST) qui préconise la modernisation de la gouvernance hospitalière. Cette nouvelle instance est présidée par le directeur de l'établissement. Le directeur des soins en tant que président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques est membre de droit ainsi que le président de la commission médicale d'établissement. Le directoire assure le pilotage stratégique de l'hôpital, il est un lieu de discussion et de décision. Il est consulté sur la majeure partie de la politique de gestion. Les restructurations à envisager au regard de l'évolution des besoins de la population et de la situation financière des établissements sont débattues au sein du directoire avant d'être présentées au conseil de surveillance. Le DS est chargé de coordonner l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques dans le respect du projet d'établissement. Son expertise en termes d'organisation des soins est recherchée, il est bien souvent chargé de repenser les organisations dans le cadre des plans de retour à l'équilibre financier sachant qu'il est missionné pour répartir les ressources humaines de façon équitable entre les pôles cliniques.

Le contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens signé entre l'ARS et le directeur de l'établissement est élaboré dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins (SROS) qui doit répondre aux besoins en santé de la population du territoire.

---

<sup>14</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. 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, 12184.

## 1.2 L'ADAPTATION DE L'HOPITAL AUX BESOINS DE LA POPULATION

La loi HPST préconise la mise en place d'une offre de soins de qualité et accessible à tous dans le respect des missions du service public hospitalier.

### 1.2.1 La place de l'utilisateur au cœur du système de soins

Si la représentation institutionnelle des usagers dans le système de santé a été tardive en France, elle a beaucoup évolué ces dernières années. Avec l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996<sup>15</sup>, les représentants des usagers ont pu participer au conseil d'administration des hôpitaux avec voix délibérative. Ils ont également pu devenir membres de la commission de conciliation et participer au comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). La loi HPST a conforté cette implication des représentants des usagers au sein des différentes instances et commissions comme le conseil de surveillance, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Quant à la loi du 04 mars 2002<sup>16</sup> qui énonce les droits et devoirs des patients. Elle place l'utilisateur comme acteur du système de santé. Les établissements doivent garantir l'égal accès aux soins, assurer leur continuité et également la sécurité sanitaire. La loi aborde la notion de « démocratie sanitaire », elle a renforcé la participation des associations de patients aux instances de santé au niveau régional et au sein de l'hôpital. Ainsi sur le plan régional, les associations participent aux conférences régionales de santé qui deviennent, avec la loi HPST, les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA). Le directeur de l'ARS met en place une CRSA sur chaque territoire de la région. Elles sont consultées par les ARS et émettent un avis à propos du programme régional de santé. Elles veilleront à la bonne réalisation des programmes territoriaux de santé et peuvent organiser un débat public sur les questions de santé de leur choix.

La loi du 21 juillet 2009 qui vise à garantir un égal accès à des soins sûrs et de qualité aux personnes malades préconise de repenser l'organisation de l'offre de soins et de rendre plus lisible les parcours de soins. L'objectif est de créer des passerelles entre les soins de ville, l'hôpital, la prévention et le secteur médico-social.

---

<sup>15</sup> MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996, 6324.

<sup>16</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002, 4118.

## 1.2.2 Les parcours de soins

L'allongement de l'espérance de vie et les progrès technologiques de la médecine génèrent une augmentation de patients souffrant de maladies chroniques. Quinze millions de personnes sont concernées. La prise en charge de ces dernières constitue à la fois un enjeu de santé publique et un enjeu économique. La stratégie nationale de santé inscrit le service public dans les parcours et les filières de soins. L'hôpital public et les établissements médico-sociaux deviennent la « colonne vertébrale » des réseaux et filières sur le territoire. Ils constituent le lien entre la proximité et le recours en raison des compétences dont ils disposent ainsi que des missions de service public qui leur incombent. Ils ont pour devoir d'accorder à l'ensemble des acteurs de santé présents sur le territoire un rôle responsable dans la chaîne des prises en charge des usagers. Ainsi peuvent être constitués les parcours de soins.

Selon l'OMS, le champ de la santé intègre la prise en charge sanitaire et sociale de l'utilisateur. L'optimisation des parcours des patients devient un axe transversal structurant des systèmes de santé. « Le parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix »<sup>17</sup>. La population doit recevoir « les bons soins, par les bons professionnels, dans la bonne structure et au bon moment » et au meilleur coût. Afin de répondre au mieux à la prise en charge des patients atteints de maladie chronique, la haute autorité en santé a élaboré des guides parcours de soins qui décrivent la prise en charge usuelle du patient et cible les professionnels concernés et leur rôle. Des fiches points critiques du parcours patient sont intégrées à ce guide.

Le parcours de soins consiste à organiser une prise en charge globale et continue du patient au sein du territoire de santé, tout en restant proche de son lieu de vie. Il va donc nécessiter une coordination des acteurs de la prévention, du sanitaire, du social et du médico-social. Les déterminants de la santé comme l'hygiène, l'éducation, le mode de vie, le milieu professionnel et l'environnement seront alors pris en compte dans le parcours du patient.

Les ARS ont intégré la notion de parcours dans l'élaboration des programmes régionaux de santé. Au regard des besoins de la population de leur territoire, elles vont déterminer des typologies de parcours et les organiser. L'objectif est de prévenir l'aggravation des problèmes de santé et de ne recourir à l'hospitalisation que lorsque cela est nécessaire. Cette démarche est donc transversale sur le territoire et nécessite que les établissements

---

<sup>17</sup> ARS. *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie*. Visité le 19 mai 2014, disponible sur internet : <http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html>

de santé développent des coopérations avec d'autres structures, qu'elles soient médico-sociales, sociales ou sanitaires.

La prise en charge des patients dans le cadre des filières de soins et de prévention de la perte d'autonomie ou du handicap repose sur l'évaluation de la pertinence des actes et interventions. Une politique de prévention, d'éducation thérapeutique, de continuité de la prise en charge, de transversalité des parcours de soins et de coopération entre professionnels est nécessaire. Pour ce faire le parcours peut s'appuyer sur le modèle des filières gériatriques et psychiatriques qui ont montré le chemin.

Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de janvier 2013 sur la mise en œuvre de projets pilotes concernant le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie formule diverses recommandations. Les objectifs recherchés sont : l'amélioration de la qualité des soins, la qualité de vie de l'usager, l'assurance d'un accompagnement efficient de la personne âgée dans une logique de parcours de santé dont chaque étape s'inscrit dans une démarche de prévention du risque de perte d'autonomie. Pour assurer la transition ville-hôpital autour de la prise en charge des personnes âgées, les établissements de santé doivent adapter la gouvernance. Ils repèrent et évaluent les besoins des patients dans les différents services et mettent en œuvre les référentiels de bonnes pratiques. Ils préparent la sortie le plus en amont possible et maintiennent les relations avec les partenaires extérieurs du parcours. En mars 2014, pour répondre aux recommandations de l'IGAS, la haute autorité en santé (HAS) a élaboré un modèle de plan personnalisé de santé (PPS)<sup>18</sup> qui répond aux expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA) Les actions préconisées sont alors: le repérage de la fragilité, la gestion des données du patient, la définition d'un projet personnalisé de santé, la formalisation du PPS et l'assurance de son suivi et de sa mise en œuvre.

Si l'organisation des filières gériatrique et psychiatrique peut être posée comme un modèle de parcours de soins du patient, les établissements de santé ont tout intérêt à poursuivre cet effort. Ils vont coopérer avec les professionnels libéraux et du médico-social pour une meilleure efficacité de la prise en charge en assurant des soins préventifs et curatifs au patient.

Dans le cadre de la prise en charge de l'usager avec une vision de parcours, le DS, responsable de l'organisation des soins, doit prendre toute la mesure des possibilités de prise en charge sur le territoire.

---

<sup>18</sup> HAS. *Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA*. Visité le 05 août 2014, disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1638463/fr/Plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/Plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa)



## 1.3 LE DIRECTEUR DES SOINS, UN METIER EN EVOLUTION

Le métier de directeur des soins a beaucoup évolué depuis 1975, ses missions, ainsi que sa place au sein de l'établissement de santé

### 1.3.1 De 1975 à ce jour

Le décret du 01 avril 1975 donne naissance à la fonction d'infirmier général. Le contexte économique est alors difficile et le législateur cherche des solutions pour réduire les dépenses de santé. Il restructure l'hôpital avec des directeurs d'établissement qui ont besoin d'un professionnel pouvant assurer l'organisation des soins. L'infirmier général est alors un soignant dont l'expertise est mise au service du management des soins. Le changement se poursuit avec le décret du 18 octobre 1989<sup>19</sup>. L'infirmier général intègre l'équipe de direction, il assure la direction du service de soins infirmiers de l'établissement. Il rend compte du fonctionnement du service de soins dans un rapport annuel d'activité qui doit être remis au directeur de l'établissement. Sa place au sein de l'équipe de direction sera renforcée avec la loi du 31 juillet 1991<sup>20</sup>. Afin de permettre aux paramédicaux de participer à l'élaboration du projet d'établissement, le législateur a créé la commission du service de soins infirmiers, instance représentative des cadres de santé, infirmiers et aides-soignants. L'infirmier général préside cette commission qui va définir les orientations du projet de soins infirmiers. Ce dernier va alors constituer un volet du projet d'établissement.

Le changement radical pour l'infirmier général va s'opérer avec le décret statutaire du 19 avril 2002<sup>21</sup>, l'infirmier général devient le directeur de soins. Il est président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CSIRMT).

Avec la loi HPST du 21 juillet 2009<sup>22</sup>, la CSIRMT a gagné en légitimité, ses membres sont élus et non plus tirés au sort. Toutefois elle n'est pas consultée pour le projet d'établissement. Le directeur des soins, en tant que président de la CSIRMT, est membre de droit du directoire. Il participe également au conseil de surveillance (CS) et à la commission médicale d'établissement (CME). Le DS fait partie de l'équipe de direction de l'établissement de santé. Ses missions prennent alors une dimension plus politique et stratégique. En même temps, la nouvelle gouvernance des hôpitaux avec la mise en

---

<sup>19</sup> MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n° du 19 octobre 1989, 13058.

<sup>20</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel, n°179 du 02 août 1991, 10255.

<sup>21</sup> MINISTERE DELEGUE A LA SANTE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2002, 7187.

<sup>22</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. 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, 12184.

place des pôles a entraîné un changement de positionnement des DS. Il devient le garant de la répartition équilibrée des ressources entre les pôles, il coordonne les parcours professionnels des agents sous sa responsabilité.

Le métier de DS a connu des évolutions importantes en 40 années, le législateur a tenté d'adapter les missions et activités du DS à la nouvelle gouvernance mise en place dans les établissements de santé.

### **1.3.2 Le directeur des soins au cœur du changement**

L'évolution du paysage hospitalier, depuis l'ordonnance du 02 mai 2005, qui fait du pôle d'activité l'élément essentiel de l'organisation médicale à l'hôpital public, amène un positionnement différent du DS. Le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques qu'est le DS se voit confier diverses missions dont l'élaboration du projet de soins, la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins. Il aura également à veiller aux conditions d'accueil et de prise en charge de l'usager. Il sera garant de la politique de développement professionnel continu des professionnels placés sous sa responsabilité. L'organisation en pôle d'activité médicale nécessite qu'il travaille en étroite collaboration avec les cadres de pôle afin d'organiser, de contrôler et d'évaluer la mise en œuvre par ces derniers de la politique des soins de l'établissement. Il va coordonner l'organisation et la réalisation des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Il a une mission d'animation et d'encadrement des équipes soignantes.

Depuis la loi HPST, comme il est stipulé dans le référentiel métier des DS, ce dernier, « voit ses missions renforcées au niveau stratégique, clairement identifiées, en complément des missions de niveau plus opérationnel. Il doit connaître l'environnement et les différents acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux du territoire afin de positionner l'offre en soins de l'établissement, en cohérence avec les besoins des populations définis par territoire avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), dans le cadre du Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) »<sup>23</sup>.

La place du DS au sein de l'équipe de direction en fait un conseiller éclairé du directeur général notamment en termes d'organisation des services de soins, ayant une vision transversale des activités de l'établissement. Il doit toutefois respecter les compétences déléguées au chef de pôle notamment dans le cadre du recrutement des personnels, les remplacements de personnels non permanents ou certaines dépenses en formation.

---

<sup>23</sup> CNG. *Référentiel métier de Directeur (trice) des soins*. Visité le 15 juillet 2014, disponible sur internet : [http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_metier\\_DDS.pdf](http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_DDS.pdf)

La mise en place des pôles d'activité a entraîné une crainte de balkanisation chez les DS, notamment en raison de la contractualisation interne et les délégations de gestion accordées au chef de pôle par le directeur de l'établissement. Cette délégation est formalisée dans le contrat de pôle qui précise les objectifs et les moyens du pôle. Chaque pôle bénéficiera de tableaux de bord de suivi des indicateurs déterminés dans le contrat en termes de qualité de la prise en charge du patient et de suivi des dépenses. Le DS sera destinataire des tableaux de bord de l'ensemble des pôles qui lui permettra de répartir les moyens en personnel de façon équitable entre les différents pôles et de veiller au respect de la qualité d'accueil et des soins promulgués à l'usager.

Alors que l'organisation de l'hôpital évolue sur un mode managérial et s'appuie sur la contractualisation d'objectifs et de moyens, la collaboration du DS avec le directeur adjoint chargé de la gestion des ressources humaines s'avère de plus en plus nécessaire.

### **1.3.3 Le DS et la gestion des ressources humaines (GRH)**

La gestion des ressources humaines en tant qu'ensemble de pratiques qui permettent d'administrer, de mobiliser et de développer les ressources pour assurer l'activité de l'établissement de santé est une des missions du DS en collaboration avec le directeur des ressources humaines (DRH). Dans la GRH il est important pour le DS de concilier l'axe stratégique à l'axe opérationnel et le collectif avec l'individuel.

Pour une organisation efficiente de l'hôpital, respectant les besoins des patients, le DS développe, avec le DRH, une politique d'accueil des professionnels qui est tournée sur le recrutement, la fidélisation et l'anticipation des besoins. Il assure la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences nécessaires, au regard du projet d'établissement et des besoins en compétences. Dans le cadre du développement de ces dernières, ce sont les activités de l'établissement qui vont déterminer : quelles sont les compétences requises par les soignants.

La politique de promotion professionnelle et les parcours qualifiants des agents paramédicaux sont de sa responsabilité. Le DS, avec le DRH, assure la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences visant à « réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences »<sup>24</sup> Pour ce faire, il mettra en place un plan stratégique et accompagnera les salariés dans leur projet d'évolution professionnelle. L'objectif est la meilleure adéquation possible entre les hommes et les postes. Il est donc nécessaire d'analyser les écarts entre les compétences requises et les compétences existantes et d'apprécier les potentiels et les performances.

---

<sup>24</sup> DONIUS B, «La gestion prévisionnelle de l'emploi, des métiers et des compétences », in ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, juin 2014, Rennes.

Le DS participe également à la définition du plan de développement professionnel continu pour les besoins des personnels non médicaux qui contribuent aux activités de soins. Dans le cadre de sa compétence de coordination, il devra « savoir planifier, organiser, répartir les ressources en soins de l'établissement dans une approche transversale et efficiente »<sup>25</sup>.

## 1.4 L'ORGANISATION HOSPITALIERE

### 1.4.1 Un modèle de gestion des ressources humaines en évolution

Avec la loi Hôpital Patients Santé Territoire<sup>26</sup> et la délégation de gestion mise en place dans les contrats de pôle notamment dans le cadre des effectifs et des mensualités de remplacement, les pratiques de gestion des personnels ont évolué au sein des établissements hospitaliers. La modernisation et l'optimisation de la politique des ressources humaines s'imposent et nécessitent l'adhésion de tous les acteurs de l'hôpital. A la demande de madame la ministre de la santé et des sports, Mme Toupillier et Mr Yahiel ont publié un rapport en ce sens en 2011<sup>27</sup>. Ils préconisent la clarification des rôles notamment l'introduction dans le projet d'établissement d'un volet concernant le développement des compétences, de la mobilité et de la polyvalence. Ce rapport recommande également que les DS aient les leviers d'action nécessaires pour animer et coordonner les cadres paramédicaux. L'objectif est de développer une politique de qualité et de sécurité des soins afin qu'ils puissent mettre en œuvre le projet de soins et les innovations dans le domaine paramédical. Pour que l'objectif de modernisation et d'optimisation de la politique des ressources humaines puisse être atteint, le rapport recommande la promotion d'outils de gestion fiables afin de faciliter la communication entre les différents niveaux hiérarchiques de l'hôpital, de la direction aux cadres de pôle. Comme le souligne P Zarifian<sup>28</sup> le terme « ressources humaines » démontre l'intérêt qu'on porte à la personne comme ressource, au sens où « elle peut apporter à l'organisation...à la performance de l'entreprise ». L'hôpital va développer et entretenir cette ressource pour qu'elle reste opérationnelle et qu'elle puisse répondre aux innovations et besoins de demain.

---

<sup>25</sup> CNG. *Référentiel métier de Directeur (trice) des soins*. Visité le 15 juillet 2014, disponible sur internet : [http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_metier\\_DDS.pdf](http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_DDS.pdf)

<sup>26</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. 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, 12184

<sup>27</sup> CNG, 24 janvier 2011, TOUPILLIER D, YAHIEL M, Rapport sur *la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*.

<sup>28</sup> ZARIFIAN P, mars 2004, *objectif compétence*, Editions liaisons, p 23

Le modèle GRH de l'hôpital oscille entre objectivant et individualisant selon F Pichault et J Nizet<sup>29</sup>. Un modèle objectivant car les pratiques de GRH sont marquées par une centralisation des décisions et une formalisation qui se traduit par des critères, des règles, des procédures qui s'appliquent à tous les salariés. Les formations sont centrées sur les savoirs et savoir-faire avec un mode transmissif important. Un modèle individualisant en ce qui concerne les recrutements, les pratiques tendent vers la gestion prévisionnelle des compétences et les évaluations sont basées sur un bilan des compétences réalisé lors d'un entretien d'évaluation.

Le modèle de GRH tend à s'adapter aux évolutions d'organisation des établissements hospitaliers et aux contraintes financières. Sachant que les dépenses de titre 1 représentent entre 70 et 85% du budget, la politique de GRH mise en place doit rechercher l'efficacité. L'hôpital, à travers sa dernière grande loi (la loi HPST), doit répondre à ses missions de santé publique sur le territoire et être performant.

#### **1.4.2 La loi HPST**

Cette loi est un projet d'organisation sanitaire dont l'objectif est de mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous pour satisfaire les besoins de santé des usagers. Elle pose le principe de complémentarité et de coopération entre les acteurs du système de santé. Le découplage entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social est rendu possible par une politique de territoire placée sous l'égide des agences régionales de santé (ARS). La déconcentration des pouvoirs laisse aux ARS le soin d'organiser l'offre de soins sur son territoire. Elles ont deux grandes missions : le pilotage de la santé publique et la régulation de l'offre de santé dans les secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier. On assiste à une refonte de la planification sanitaire qui intègre les médecins libéraux. De nouveaux instruments juridiques de coopération sanitaire comme les communautés hospitalières de territoire (CHT) et les groupements de coopération sanitaire (GCS) apparaissent. Les missions du service public sont redéfinies, les établissements privés peuvent répondre à ces dernières. Un pilotage unifié des actions est permis par la fusion du sanitaire et du médico-social. La gestion médico-administrative des établissements est renforcée avec un pilotage financier par objectifs dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens élaboré entre l'établissement et l'ARS. En cas de déséquilibre financier ou de défaut de qualité, l'établissement peut se voir infliger une sanction. De plus, la loi HPST modifie la gouvernance interne des établissements de santé, le rôle des acteurs change : le directeur d'établissement est responsable de la politique générale, il préside un

---

<sup>29</sup> PICHULT F, NIZET J, 2000, *les pratiques de gestion des ressources humaines*, Editions du seuil, p.103, 154

directoire, instance de pilotage stratégique, de discussion et de décision au sein de laquelle le DS est membre de droit. Le directeur voit ses pouvoirs élargis en matière de décision et de nomination. Avec l'organisation en pôles d'activités, les établissements mettent en place les contrats de pôle qui sont signés entre le directeur et le chef de pôle. Ces contrats précisent les indicateurs de qualité des soins, de gestion du personnel et financiers que le pôle suit. Pour atteindre ses objectifs, le chef de pôle reçoit une délégation de gestion qui est très variable selon les hôpitaux.

La loi HPST préconise le renforcement des liens entre les hôpitaux, la médecine de ville et les structures médico-sociales afin de fluidifier le parcours du patient.

## **1.5 MANAGEMENT ET PILOTAGE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

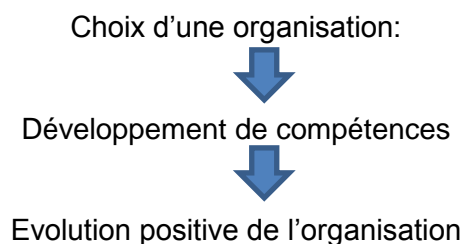
### **1.5.1 Les compétences**

De nombreux auteurs ont donné une définition au terme « compétence ». Selon P Zarifian<sup>30</sup> « la compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté (...) une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises, les transforment, avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente ». Pour L Cadin, F Guérin et F Pigeyre<sup>31</sup>, « si la compétence appartient en propre à chaque individu, elle ne peut s'exprimer que par la rencontre concrète avec une situation de travail particulière ». Ces auteurs précisent que la compétence « sert à repenser la contribution du salarié à la performance de l'entreprise ». C'est donc dans le cadre d'une situation de travail que le professionnel va développer ses savoirs. A l'hôpital les infirmiers ont développé diverses compétences pendant leur formation, notamment lors de leur mise en situation professionnelle sur les terrains de stage. Les savoirs théoriques sont abordés en institut de formation et sollicités lors des mises en situations professionnelles. C'est donc au travers de ces dernières qu'ils pourront acquérir cette prise d'initiative et de responsabilité. Les professionnels soignants vont poursuivre tout au long de leur carrière cet apprentissage par l'expérience. En effet, l'avancée des technologies, la diversité des spécialités de médecine participent à la nécessité pour les professionnels de s'inscrire dans le cercle vertueux des compétences tel que P Zarifian le décrit dans son ouvrage :

---

<sup>30</sup> ZARIFIAN P, mars 2004, *Objectif compétence*, Editions liaisons, pp 65-69

<sup>31</sup> CADIN L., GUERIN F. et PIGEYRE F., avril 2008., *Gestion des ressources humaines, Pratiques et éléments de théorie*, Edition Dunod , 3ème édition, p 171, 178.



Ce sont les compétences mobilisées qui permettent à l'organisation d'évoluer. Chaque acteur de l'hôpital participe à ce processus qui doit être accompagné au niveau stratégique par les équipes de direction et notamment le DS. La responsabilité des personnels paramédicaux incombe au DS qui devra mettre en place un management adapté aux évolutions de l'hôpital.

### **1.5.2 De la stratégie d'établissement...**

Dans le cadre du contexte financier contraint, les équipes de direction des établissements de santé doivent mettre en place une stratégie dont l'objectif principal est la performance. Cette stratégie permet de définir l'hôpital, elle « donne un sens ainsi qu'un moyen pratique de se rendre compte de ce que fait l'entreprise »<sup>32</sup>. A l'hôpital, la stratégie selon l'école de la conception telle que, la définit, H Mintzberg<sup>33</sup> doit présenter deux qualités : être cohérente (les objectifs posés et les orientations doivent être compatibles) et conforme (elle doit répondre de façon adaptée à l'environnement extérieur et aux changements potentiels). Ainsi la stratégie mise en place par l'équipe de direction s'imprègne des contraintes de l'environnement, en s'adaptant à l'offre de soins sur le territoire et à la concurrence éventuelle, mais également en tenant compte des contraintes internes qu'elles soient architecturales, financières ou sociales. Il reste donc important que les membres de l'équipe de direction, à laquelle appartient le DS, trouvent un consensus afin d'accompagner l'action et conduire les changements nécessaires. Le management stratégique nécessite que la direction définisse les objectifs de l'organisation et fixe les moyens pour les atteindre en tenant compte des contraintes. Un diagnostic est réalisé, des choix stratégiques sont faits qui seront mis en œuvre auprès des équipes d'encadrement de pôle et de proximité, cette dernière étape appartient au DS. Il accompagne l'ensemble des changements nécessaires au sein de l'institution. La stratégie est alors mise en mouvement sur l'établissement de santé par un management adapté.

---

<sup>32</sup> MINTZBERG H, AHLSTRAND B, LAMPELJ, 1999, « *Safari en pays stratégie* », Editions Village Mondial, Paris, p.27

<sup>33</sup> Ibid. pp 35-36

Henry Mintzberg<sup>34</sup>, dans son ouvrage, définit les dix rôles du cadre, certains peuvent être repérés dans le management mis en place par le DS. Ainsi il est un leader qui exerce un leadership sur les équipes d'encadrement. Il est un agent de liaison au sens où il est en interface entre les cadres supérieurs de santé et le directeur de l'établissement. Il diffuse de l'information, il est un observateur actif de l'environnement interne et externe. Il peut être porte-parole des équipes d'encadrement auprès de la direction. Au niveau décisionnel, il a un rôle d'entrepreneur, il prend des décisions pour améliorer la prise en charge des patients, mettre en œuvre les orientations stratégiques. Il a un rôle de régulateur au sein de l'institution et de répartiteur des ressources humaines, attentif à respecter un certain équilibre entre les pôles d'activité clinique. Enfin le DS a un rôle de négociateur avec les membres de l'équipe de direction, les médecins, les équipes d'encadrement mais également avec les partenaires extérieurs.

Dans le cadre de la stratégie mise en œuvre sur l'établissement qui implique des restructurations, le DS peut proposer des mutualisations de services et donc développer les coopérations.

### **1.5.3 ...au développement de la coopération**

Le terme coopération signifie ici le partenariat entre les unités de soins et les pôles d'activité clinique. Les moyens humains et les compétences sont mis en commun afin d'être performant et de prodiguer des soins de qualité et en toute sécurité au patient. L'organisation en pôle a favorisé la coopération. Les cadres supérieurs de santé ou les cadres de proximité sont alors sollicités pour affecter un professionnel dans un service du pôle : les IDE et aides-soignants (AS) seront ponctuellement affectés sur un autre service pour apporter leur aide dans les situations d'absentéisme et/ou une surcharge d'activité. La notion du donnant-donnant s'applique dans ces situations. Ainsi Norbert Alter<sup>35</sup> explique que: « ... donner suppose de sacrifier une partie de ses ressources...Coopérer suppose ainsi un effort supplémentaire... ». Cet effort se situe dans la nécessité de développer certaines compétences chez les professionnels au regard des nombreuses spécialités médicales. Ce même auteur explique que « ...la coopération ne se réduit pas à la coordination technique. La coopération émane d'un milieu qui s'arrange avec les règles de gestion pour parvenir à produire la compétence collective... »<sup>36</sup>. La notion de compétence collective est primordiale, elle s'acquiert par l'expérience sur le terrain, ce sont les experts du service qui vont « tutorer » leur collègue, transférer leurs compétences. Les équipes d'encadrement de proximité travaillent sur les profils de poste

---

<sup>34</sup> MINTZBERG H, 1997, « *Le manager au quotidien les dix rôles du cadre* », les Editions d'organisation, pp.103- 104

<sup>35</sup> NORBERT A, 2009, *Donner et prendre*, Editions La Découverte, p. 14

<sup>36</sup> Ibid. p.44



afin de définir les compétences requises dans leur service. L'objectif est donc de proposer des axes de formation adaptés au besoin de l'agent qui lui permettent de développer ses savoirs. Le rôle du DS est de faciliter les coopérations entre pôles afin que les patients bénéficient de soins de qualité.

## **1.6 LA PERFORMANCE**

Les hôpitaux sont continuellement soumis à des contraintes budgétaires qui requièrent de fortes mutations des pratiques de management hospitalier. Le vieillissement de la population, la concurrence sur le territoire et la montée de la précarité modifient le paysage du système de santé et demande aux établissements d'être performants.

### **1.6.1 Un groupement d'intérêt public pour aider les établissements de santé : l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP)**

L'ANAP a été institué par la loi HPST<sup>37</sup>, ses missions sont la conception d'outils permettant aux établissements de développer la performance et la qualité des soins, d'assurer l'accompagnement de ces derniers dans les réorganisations internes. L'ANAP va également piloter et conduire des audits. L'évaluation de la performance s'appuie sur différents indicateurs comme la qualité de la production de soins, la capacité à atteindre les objectifs fixés, la réponse aux besoins de la population sur un territoire et le climat organisationnel. Plusieurs programmes sont en cours notamment dans le cadre de la gestion des lits en établissement Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO). Des outils d'aide à l'optimisation du temps de travail des soignants auprès des patients sont à la disposition des établissements. Afin que l'Hôpital atteigne un bon niveau de performance, les directions mettent en place des indicateurs de mesure des résultats, de la qualité des soins et des pratiques professionnelles. Leur pertinence et l'adéquation de l'utilisation des ressources sont recherchées. Depuis la mise en place de la T2A dans les établissements MCO et la loi HPST, le management a beaucoup évolué et s'appuie sur des outils de performance médico-économiques qui permettent un suivi de différents indicateurs tels que la durée moyenne de séjour (DMS), le taux d'occupation, le ratio personnel/lits occupés entre autre.

---

<sup>37</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. 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, 12184.

### **1.6.2 Les outils au service de la performance**

Ils sont nombreux, certains sont obligatoires notamment dans le cadre de la qualité et la sécurité des soins, d'autres sont choisis par les établissements. Les différents domaines d'indicateurs de performance sont l'accessibilité, la continuité, la pertinence, la fluidité, la sécurité des soins et la satisfaction des usagers. Dans le cadre des contrats de pôle, plusieurs des indicateurs de ces domaines seront suivis mensuellement ou annuellement. Le DS est destinataire des résultats des pôles qui vont l'aider dans la réflexion à mener sur les restructurations, il s'appuie sur des éléments objectifs, fournis par les tableaux de bord de suivi de l'activité et d'organisation des équipes paramédicales. Les différentes directions de l'établissement produisent des outils de suivi des effectifs (les équivalents temps plein réels et rémunérés, l'absentéisme); des outils de suivi de l'activité (nombre de séjours, durée moyenne d'hospitalisation, taux d'occupation des lits) ; des tableaux financiers des dépenses par pôle.

## **2 ANALYSE DE TERRAIN**

Après avoir abordé le contexte de la problématique ainsi que les différents concepts en lien avec les hypothèses de travail, il est nécessaire de présenter l'outil d'enquête, les établissements enquêtés et d'analyser les limites de cette étude.

### **2.1 METHODOLOGIE DE L'ENQUETE**

#### **2.1.1 L'arbre à thèmes<sup>38</sup>**

Les hypothèses de travail supposent que les restructurations nécessitent une réflexion sur les filières de soins, la polyvalence des professionnels et la mise à disposition pour le DS d'outils de suivi de la performance. Ainsi au cours de l'enquête, ces différents axes sont étudiés, les objectifs sont de:

- Comprendre comment les restructurations ont été accompagnées, le rôle de la direction des soins et de la DRH.
- Rechercher les outils qui ont été utilisés et qui sont à disposition de la direction des soins.
- Repérer si l'institution s'appuie sur les filières de soins et parcours de soins dans le cadre des restructurations.

A partir de ces objectifs, différents thèmes et sous thèmes ont été listés. Ils ont ainsi permis de regrouper sous la même thématique le verbatim des enquêtés. L'arbre à thème permet de confronter le discours des professionnels avec les éléments contextuels et conceptuels abordés dans la première partie du travail.

#### **2.1.2 L'outil d'enquête<sup>39</sup>**

Le choix a été fait d'utiliser une grille d'entretien semi-directif afin de laisser une certaine liberté de parole à l'enquêté tout en proposant un cadre. Un entretien exploratoire a été mené auprès d'un directeur des soins d'un établissement ayant une expérience de restructurations afin d'affiner les axes de la recherche et préparer les grilles. Notre recherche s'est ciblée sur trois établissements MCO qui ont vécu des restructurations et en ont d'autres en cours. Ils seront nommés CH A et CH B et CH C afin de préserver l'anonymat.

---

<sup>38</sup> Annexe 1 : arbre à thèmes

<sup>39</sup> Annexes 2 et 3 : Guides d'entretien

### **2.1.3 Les établissements enquêtés**

Le CH A est né en 2000 de la fusion de deux établissements qui a nécessité une première vague de restructurations. En 2007, au regard de sa situation budgétaire, la direction de l'établissement et la direction des soins mettent en œuvre un travail de réflexion sur les effectifs cibles en s'appuyant sur la charge en soins avec différents outils. Un état des lieux est ainsi réalisé dans tous les pôles de l'établissement. L'objectif est de réorganiser les services afin d'économiser des postes tout en maintenant un haut niveau de qualité et de sécurité de la prise en charge du patient. Un nouvel hôpital est aujourd'hui en cours de construction avec une diminution du nombre de lits et places, passant de 1254 à 772. La direction s'est engagée à préparer le transfert dans ce nouvel hôpital en repensant les organisations et en ayant une politique prévisionnelle des emplois. Des actions sont donc engagées pour anticiper les changements d'organisation à venir.

Le CH B a connu un premier contrat de retour à l'équilibre financier en 2008 avec un objectif de 80 postes à économiser. Plusieurs réorganisations ont permis de réduire les postes. Au regard de la situation financière, toujours fragile et dans le cadre de la réorganisation de l'offre de soins sur le territoire, en début d'année 2014, l'hôpital a fermé ses 6 lits de réanimation et a ouvert 4 lits d'unité de surveillance continue. Cette transformation a nécessité l'accompagnement des professionnels puisque les effectifs ont été redimensionnés. A l'horizon de décembre 2015, il est prévu de transférer le bloc opératoire et la chirurgie conventionnelle sur la clinique privée de la ville. De plus, l'établissement étant surdimensionné en nombre de lits au regard du bassin de population, il est dans une dynamique de réorganisation des services par spécialité.

Le CH C est un établissement de 400 lits de MCO, il est hôpital de recours et doit couvrir tous les besoins de la population. Il a connu récemment une restructuration architecturale avec une augmentation de la superficie (plus 1/3) à effectif constant. L'amplitude horaire des aides-soignantes est passée à 12heures.

Le choix a été fait de mener des entretiens auprès de deux coordonnateurs généraux des soins, de deux directeurs des soins, d'un directeur des ressources humaines, d'un directeur d'établissement, de cinq cadres supérieurs de santé.

### **2.1.4 Les limites de l'étude**

L'enquête menée a concerné 11 professionnels, ce nombre est donc trop limité pour être un échantillon représentatif et généraliser les propos des enquêtés. Les entretiens ont été

riches Le choix a été fait de ne pas interroger de cadres de proximité, souhaitant privilégier l'axe stratégique des restructurations, leurs impacts sur les organisations et le rôle des DS au sein de l'équipe de direction. Le niveau managérial supérieur permet d'avoir une analyse des restructurations sur le terrain et l'implication de l'encadrement dans ces projets institutionnels.

## **2.2 L'ANALYSE DES ENTRETIENS**

### **2.2.1 Le contexte organisationnel et institutionnel**

Le contexte, l'environnement des établissements sont à prendre en compte dans l'analyse des résultats de l'enquête. Les trois hôpitaux dépendent de deux régions différentes avec une population qui peut être à majorité ouvrière pour l'un, citadine pour un autre et plus rurale pour le dernier. Les projets des établissements vont donc s'adapter au territoire et à l'environnement concurrentiel éventuel.

#### **A) Le management stratégique et les restructurations**

Pour les professionnels interrogés, les projets de restructuration sont multiples, ils doivent répondre aux besoins de la population.

- Pour l'établissement B, le nombre de lit apparaît surdimensionné au regard de l'activité potentielle. Plusieurs niveaux sont à prendre en compte : le nombre de lit par spécialité, l'activité avec une analyse sur plusieurs années afin de repérer les pics ou les baisses importantes et la charge en soins. Pour un des CGS, « *si l'activité n'est pas suffisante dans un service, c'est qu'on est en surcapacité et dans ce cas il faut regrouper plusieurs services qui ont cette même problématique pour n'en faire qu'un seul et revenir à une activité normale* ». Ainsi il est possible de mutualiser les moyens humains et donc être plus efficient. Cette réorganisation doit répondre aux contraintes budgétaires notamment dans un plan de retour à l'équilibre financier.
- Dans le cadre d'une restructuration en lien avec un fonctionnement de service au sein du même établissement, un CSS a travaillé sur un projet de création de lits d'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) sur le pôle urgence. Avec le soutien de la CGS, il a réalisé une étude médico-économique pour évaluer le besoin et le coût de cette structure. Deux lits ont ainsi pu être installés, « *le personnel a été mutualisé pour les urgences et l'UHTCD, le calcul des équivalents temps pleins (ETP) soignants a été réalisé avec le CGS* ».

- Les réorganisations peuvent se traduire par une fermeture d'activité, l'ouverture d'une autre. Pour un des établissements, l'ARS n'ayant pas renouvelé une autorisation de lits de réanimation, il a été nécessaire de transformer ces lits en unité de soins continus (USC). Ce projet a demandé un redimensionnement des effectifs puisque cette restructuration créait un sureffectif. La direction des soins a accompagné les soignants afin de répondre au mieux à leur projet professionnel et donc « *faire des propositions en lien avec leur profil* » selon une CSS. La CGS a joué son rôle d'interface entre les CSS et le directeur de l'établissement, apportant l'information concernant le projet d'USC. Il a cherché à adapter l'offre de soins aux besoins des usagers du territoire. L'étude de la faisabilité du projet a été réalisée par le CGS, l'équipe d'encadrement soignant et les médecins du service avant d'être présentée en comité de direction. Dans cette situation, l'ARS garante de la répartition de l'offre de soins sur son territoire a, par sa décision, fortement contraint l'établissement à réorienter son activité. En même temps, elle a apporté son appui dans le cadre de l'accompagnement des professionnels, notamment en facilitant des mutations sur d'autres établissements de la région. Quant aux patients nécessitant des lits de réanimation, ils sont orientés sur le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) qui se situe à 40km.
  
- L'établissement C, contraint par une modification architecturale des locaux du service de radiologie avec un changement de matériel et une diminution du nombre de salle doit réorganiser le service. Des changements d'horaire de travail pour les professionnels sont alors nécessaires. Un CSS explique « *une nouvelle salle, nouvelle configuration et tout le circuit patient à travailler...il faut expliquer aux équipes ce que ça va impliquer en terme d'organisation de service et de modification d'horaire* ». En amont, le DS a défini les objectifs de cette nouvelle organisation et a déterminé les moyens pour la mise en œuvre de ce projet dans un contexte contraint. Nous retrouvons le rôle du manager entrepreneur tel qu'Henry Mintzberg<sup>40</sup> l'a défini. Le manager qui recherche des opportunités dans l'organisation d'un service afin de porter des projets d'amélioration, d'accompagner et de superviser des changements.
  
- L'établissement A, après plusieurs restructurations, prépare le nouvel hôpital. L'équipe de direction et la communauté médicale ont travaillé sur le nombre de lits nécessaire par unité tout en tenant compte de la réduction de 140 lits de MCO. La direction des soins a piloté plusieurs groupes de travail avec des médecins pour

---

<sup>40</sup> MINTZBERG H, 1997, « *Le manager au quotidien les dix rôles du cadre* », les Editions d'organisations, p104

mener la réflexion quant à l'organisation médicale et paramédicale de chaque service. D'après la CGS « *Cela a conduit à une petite diminution de personnel, les services normés ont été gagnants car on n'était pas aux normes. On est obligé d'avoir un effectif de base qui n'est pas en lien avec l'activité* ». La CGS fait partie de l'équipe de direction et est membre de droit du directoire depuis la loi HPST, elle participe à la CME, son expertise de l'organisation des soins, des effectifs nécessaires au regard du nombre de lits en font une collaboratrice dont l'avis est recherché par le directeur de l'établissement.

## **B) De l'étude de la charge en soins à l'accompagnement des professionnels dans le cadre des restructurations**

Dans les différents établissements enquêtés, afin de déterminer le nombre de lits nécessaires aux besoins de l'utilisateur par spécialité, des études médico-économiques et de charge en soins ont été réalisées. Elles visent à analyser le taux d'occupation des lits par spécialité sur plusieurs années et la charge de travail selon le type de pathologie. Toutefois aucun de ces établissements utilisent l'outil Soins infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS) dans sa totalité. En effet, deux établissements n'analysent pas la partie de l'outil dédiée aux Activités Afférentes aux Soins (AAS). Les SIIPS permettent de mesurer la charge en soins au niveau des soins de base, des soins techniques et des soins relationnels et éducatifs. Les AAS permettent de préciser les données et de mettre en évidence les points forts et les opportunités d'amélioration des organisations.

L'une des DS enquêtés explique qu'elle « *utilise des indicateurs de charge en soins...le taux d'occupation, le nombre de lits* », elle s'est rendue compte que « *l'élément le plus critériant était le nombre de lits pour la médecine en tout cas* ». Une autre DS explique qu'elle n'a pas d'outil de charge en soins, elle « *utilise les ratios en personnel avec le nombre de lit et les taux d'occupation* ». Pour une autre, « *la première approche est intuitive, ensuite je la confronte à l'étude de la charge de travail...souvent elle est corroborée par l'étude de la charge de travail* ». Elle part du schéma qu'un service conventionnel nécessite une IDE et une AS pour 12 lits. Une CSS de pôle de cet établissement qui a connu plusieurs restructurations explique : « *il ne faut pas raisonner seulement avec le nombre de lit, il faut être dans l'analyse du travail qui est réalisé au lit du patient...on tient compte des SIIPS mais pas des AAS, il y a l'observation du terrain...les effectifs doivent être adaptés à la réalité...à la typologie des patients* ». Dans le cadre des regroupements de spécialités cette CSS précise « *regrouper les spécialités pour atteindre 30 lits, c'est une erreur, on ne peut pas avoir des patients de viscéral à côté de patients en traumatologie, il y a trop de risque infectieux* ».

Les DS et CGS s'appuient sur des indicateurs précis pour redimensionner les effectifs. Elles cherchent toujours à objectiver les données recueillies pour mettre en œuvre les nouvelles organisations dans le respect de la qualité et la sécurité des soins. Toutes précisent l'importance de travailler ces projets avec les cadres de pôle qui ont une bonne connaissance du terrain et qui peuvent être force de proposition.

Les restructurations amènent bien souvent des changements pour les professionnels qui nécessitent un accompagnement. Ainsi la cellule locale d'accompagnement social à la modernisation (CLASMO) a été utilisée par deux établissements. Elle consiste à :

- Articuler les projets collectifs et les conséquences sur les agents.
- Accompagner les agents dans la construction et la réalisation de leurs projets.
- Prospecter les offres d'emplois internes et externes.
- Conduire les entretiens individuels.
- Monter les dossiers d'aide en direction de l'ARS.

Les professionnels peuvent bénéficier de différentes aides comme :

- l'indemnité exceptionnelle de mobilité qui est subordonnée à un changement volontaire d'établissement.
- la conversion professionnelle quand les qualifications des agents ne sont pas adaptées aux besoins de la structure.
- l'indemnité de départ volontaire qui permet à l'agent de quitter l'établissement pour réaliser un projet personnel suite à la suppression de son emploi.

Une DS d'un des établissements explique que cette cellule leur « *a permis de financer les professionnels qui souhaitaient faire une formation diplômante dont les compétences sont nécessaires pour le nouvel hôpital, c'est aussi une aide pour ceux qui quittent l'établissement* ». Cet accompagnement des professionnels nécessite une analyse de la pyramide des âges. Il est, en effet, important de mener une réflexion par métier afin d'évaluer les besoins réels du nouvel hôpital au regard des effectifs actuels. Dans l'établissement B, pour la CSS du pôle qui a accompagné la fermeture des lits de réanimation, il est important « *d'être force de proposition pour ceux qu'on ne gardait pas, il ne faut pas abandonner les gens mais faire des propositions en lien avec leur profil* ». La CGS, dans cette situation, a un rôle de régulateur et de répartiteur des ressources humaines, elle est attentive au respect de l'équilibre entre les pôles d'activité clinique.

### **C) Les outils au service de la direction des soins pour une gestion efficiente des ressources humaines.**

Pour deux établissements sur les trois enquêtés, les outils de gestion des effectifs sont bien souvent élaborés par les DS. Ainsi l'une d'elles dit « *les outils, ce sont ceux qu'on*



*s'est créé. On a fait un état des lieux très précis des effectifs dans chaque service, on est parti de l'effectif journalier requis dans chaque service semaine et week-end et non des ETP rémunérés. De là on a déduit ce qu'il fallait comme volume d'ETP pour travailler et ensuite on a construit les tableaux de bord des effectifs rémunérés ».* Dans cet établissement, les congés longue maladie ou longue durée qui étaient auparavant affectés sur une unité fonctionnelle spécifique ont été réaffectés sur leur service d'origine. La CGS précise que ce travail a été réalisé en collaboration avec le DRH. Les tableaux fournis par ce dernier permet le suivi *« des personnes rémunérées chaque mois, dans chaque unité...les écarts apparaissent en rouge quand ils sont positifs, en verts quand ils sont négatifs, à partir de là on regarde s'il faut enlever quelqu'un du pôle »* selon la CGS. Ainsi pour cet établissement une analyse est déjà réalisée par le DRH avant l'envoi de l'outil. Une autre utilise les ratios en personnel au regard du nombre de lits occupés. Elle adapte donc son effectif à ces derniers. Pour le DRH interrogé, il est nécessaire que *« chaque pôle soit destinataire d'outils identiques, les tableaux des pôles vont alimenter une base globale, puis nous harmoniserons entre les pôles ».*

En ce qui concerne le suivi de l'absentéisme, dans les établissements enquêtés, un réel travail de collaboration est mis en œuvre entre la direction des soins et la direction des ressources humaines. Dans l'établissement A, *« avec la DRH, nous faisons un travail commun au quotidien, nous avons des réunions effectifs toutes les semaines où les problèmes d'absentéisme sont traités »* selon la DS. Les deux autres établissements ont également des temps de rencontre formalisés avec le DRH pour aborder l'absentéisme, prévoir les mensualités de remplacement si nécessaire ou les changements d'affectation d'agent. Dans la gestion des ressources humaines, la DS avec le DRH concilient l'axe stratégique et opérationnel.

D'autres outils sont mis à la disposition de la direction des soins, ce sont les tableaux de bord d'activité dont les indicateurs sont les mêmes pour chaque hôpital : le taux d'occupation, l'indice de coût relatif qui est réalisé par salle de bloc opératoire, la durée moyenne de séjour (DMS), l'indice de performance de la DMS *« ...Des tableaux de bord mensuels nous sont transmis par la cellule gestion et la direction des finances »* explique une DS. Maintenant si ces outils existent, ils sont parfois donnés tardivement pour prévoir un réajustement adapté, une CSS de pôle de l'établissement B explique : *« on a des tableaux qui nous sont donnés avec beaucoup de retard par les services financiers et on est obligé de les contrôler ».* Cette même CSS avance que *« la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation sont observés mensuellement, nous suivons les indicateurs avec les cadres de santé ».* Chaque CSS de pôle est destinataire des tableaux de bord de son pôle, la DS reçoit les tableaux de bord de tous les pôles. Il peut ainsi analyser la situation

de chacun, faire du benchmarking et aborder les réorganisations nécessaires pour une meilleure efficacité.

Si les tableaux de bord sont utilisés par les CSS de pôle des établissements B et C pour piloter les pôles. Pour le troisième, « *ils sont peu utilisés... pour piloter les pôles, c'est donc la DSIRMT qui suit ces tableaux de bord tous les mois, ils permettent de réaliser un pilotage de l'organisation des services au niveau transversal* » selon la DS.

Il est important de rappeler ici que les établissements enquêtés ont tous des plans de retour à l'équilibre financier, des restructurations ont déjà été menées et ont permis de réduire le déficit financier mais que d'autres efforts sont demandés par les tutelles afin d'atteindre l'équilibre financier.

#### **D) L'impact de l'organisation polaire**

Pour deux établissements sur les trois, l'organisation en pôle a facilité le suivi de la performance. « *Les tableaux de bord ont été construits à la mise en place des pôles* » d'après la CGS de l'établissement A. Une autre DS pense que le pôle peut avoir un rôle important dans la stratégie de l'établissement « *si l'information est correctement relayée et si la démarche qui est prônée à l'échelon supérieur est déclinée dans les échelons inférieurs, alors on peut améliorer les choses..* ». Ainsi il apparaît important pour les DS de responsabiliser les CSS de pôle et respecter le principe de subsidiarité. Pour l'établissement C, l'organisation en pôle « *existe sur le papier mais il n'y a pas de délégation de gestion, pas de contrat de pôle* », les réunions de pôle permettent surtout de décliner le projet d'établissement. Par contre, si un pôle a baissé en activité, l'information est reprise en directoire afin d'analyser la situation et trouver des solutions. Cette organisation en pôle d'activité a été préconisée par la loi HPST, elle permet de responsabiliser les trios de pôle constitués par les médecins chefs de pôle, les CSS et les cadres administratifs. Le contrat, signé entre le directeur de l'établissement et le chef de pôle définit le projet du pôle, les objectifs à atteindre et les indicateurs de qualité des soins et de gestion du risque. Le directeur d'établissement peut donner une délégation de gestion au chef de pôle. Dans les établissements enquêtés, elle concernait surtout la formation.

#### **2.2.2 La polyvalence des professionnels**

Comme il a été précisé dans la première partie de ce travail, le rapport de Mme Toupillier et Mr Yahiel en 2011 préconise qu'un volet du projet d'établissement soit consacré au développement des compétences, de la mobilité et de la polyvalence.

## A) La gestion des compétences

Elle peut être traitée au niveau de la gestion prévisionnelle des métiers et compétences. La DS, de l'établissement A, aborde le développement des compétences des Agents des Services Hospitaliers (ASH) qui a été nécessaire dans le cadre de la centralisation de l'entretien des locaux. *« Il y a donc eu un accompagnement et une démarche de formation pour celles qui voulaient devenir aides-soignantes »*. Cette démarche de formation correspond à un besoin de l'établissement qui manque d'AS. Au niveau des blocs opératoires, avant la fusion des deux établissements, la polyvalence des AS a été développée par des formations communes afin d'harmoniser les pratiques sur les deux sites. En ce qui concerne les secteurs techniques, *« on fait la chasse à la mono compétence...on fait attention pour qu'il n'y ait pas qu'une personne formée à une spécialité comme pour la consultation d'ophtalmologie...on en forme deux au minimum »* explique la CGS.

Pour l'établissement B, la CGS prend l'exemple du regroupement du service de néphrologie avec le service de diabétologie. *« Il faudra qu'on définisse les compétences minimums nécessaires pour l'exercice de ces fonctions et qu'on forme les IDE, ... c'est souvent du transfert de compétences entre les professionnels »*. Ainsi selon les besoins de l'établissement en termes de compétences, la DS anticipe les réorganisations et met en place des formations internes qui permettent aux professionnels expérimentés de transférer leurs savoirs aux nouveaux venus dans le service. Comme le souligne Norbert Alter<sup>41</sup> dans son ouvrage, la coopération des professionnels peut amener à la compétence collective.

Dans la cadre de la mobilité du personnel, les établissements enquêtés ont mis en place différents outils pour développer la polyvalence des professionnels comme *« des stages d'ouverture de service à service...c'est intéressant ...si un jour elles ont envie d'évoluer professionnellement ou de changer de service, elles se sont rendu compte de la réalité de l'exercice sur le terrain »* selon la CGS du centre hospitalier B. Une autre DS explique qu'elle *« forme régulièrement des professionnels sur tous les secteurs et ils tournent, ils ont ainsi une vision globale...c'est sur la base du volontariat »*. Cette DS reconnaît que la polyvalence est personne dépendante car *« il n'est pas facile de passer de la médecine interne à la cardiologie »*.

Une autre pratique consiste à redéployer le personnel selon les besoins des services. Une CSS explique que lorsque le taux d'occupation des lits est faible dans un service de son pôle, elle donne le message suivant aux équipes : *« quand il n'y a pas d'activité dans mon service, je vais travailler ailleurs »*. Selon les besoins des autres services, les CS

---

<sup>41</sup> ALTER N, 2009, *Donner et prendre*, Editions La Découverte, p.14

orientent les soignants vers ceux ayant une forte charge de travail. Pour ce faire, elles tiennent compte « *des parcours professionnels quand ils ont pu être identifiés...et on s'appuie sur les évaluations réalisées par les CS* ». La CGS précise qu'il faut avoir une bonne connaissance des limites des agents, l'objectif est toujours de maintenir une certaine forme d'opérationnalité auprès du patient. Pour les professionnels qui sont très récalcitrants au redéploiement, elle évite de les changer d'unité car ces agents risquent de s'arrêter. Maintenant il faut aussi régler les fermetures de services sur des périodes définies. Dans ce cadre-là, « *on bouge tout le monde, mais on essaie de tenir compte de l'antériorité des parcours de chacune et surtout des compétences qu'elles ont pu développer pendant tout leur cursus professionnel* ». Les remplacements se font prioritairement au sein du pôle puis en interpôle si besoin selon une CSS. Toutefois une CGS pense que « *redéployer les agents en permanence, ce n'est pas décent, ce n'est pas respectueux du personnel, ça veut dire qu'on est mal organisé* », cet établissement est dans une phase de réflexion sur le regroupement de services afin d'optimiser le nombre de lits, ainsi les redéploiements se limiteraient au sein des pôles.

La gestion des compétences répond à trois niveaux d'exigence : le premier est la capacité à anticiper les besoins en compétences pour les années à venir au regard de l'évolution de l'activité de l'établissement. Le second consiste, en interne, à développer les compétences des professionnels en mettant en place une procédure de mobilité qui permet à chaque agent de découvrir d'autres services et donc des spécificités de prise en charge sur la base du volontariat. Enfin, le dernier volet est le redéploiement des professionnels au regard de l'activité et de la charge en soins. Ce mode de mobilité peut être anticipé pour des fermetures programmées de structure et s'impose aux agents en cas de baisse d'activité non prévisible. En même temps, si la compétence ne s'exprime que par la rencontre concrète avec une situation de travail particulière comme le disent Cadin, Guérin et Pigeyre<sup>42</sup> dans leur ouvrage, il apparaît intéressant pour un établissement de développer ces situations afin d'atteindre un bon niveau de performance. Encore faut-il que ce type d'apprentissage puisse être à minima organisé par la direction des soins et la direction des ressources humaines.

## **B) La formation pour plus de compétences**

Dans le cadre du développement des compétences des professionnels, la DS participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants. Plusieurs types de formation peuvent être mis en œuvre. Une CGS explique « *nous avons mis en*

---

<sup>42</sup> CADIN L, GUERIN F et PIGEYRE F, avril 2008, *Gestion des ressources humaines, pratiques et éléments de théorie*, Editions Dunod, 3<sup>ème</sup> édition, p 171, 178

*place des formations internes pour développer les compétences techniques ou spécifiques des soignants »* Dans ce cadre, le partage d'expérience et le transfert de compétences sont valorisés, la direction des soins utilise les ressources internes pour développer les compétences des professionnels. La DS de l'établissement C pratique de la même façon *« beaucoup de formations internes sont réalisées, on utilise les ressources de l'établissement et on fait appel à des organismes externes selon les thématiques »*. Une autre CGS s'appuie sur les ressources internes, elle prend l'exemple du regroupement de deux services, la néphrologie et la diabétologie, *« une IDE de dialyse péritonéale va participer à la formation du personnel avec les médecins ... c'est souvent du transfert de compétences entre les personnels »*. L'avantage de ce système est d'avoir des personnes ressources que les soignants peuvent interpeller dans le cadre de prise en charge spécifique. Une CSS organise *« des stages sous forme de filière de soins du patient sur le pôle, 10 semaines réparties entre les consultations externes, le bloc traumatologie, le service d'hospitalisation et la rééducation. On a mis des outils pour avoir des évaluations intermédiaires des acquis des professionnels »*. Ces stages permettent aux professionnels de développer leurs savoirs, savoir-faire, à l'aide d'un mode transmissif. Comme le souligne P Zarifian<sup>43</sup> dans son ouvrage, l'intérêt de ces démarches de formation est toujours d'apporter une plus-value en termes d'organisation et donc une meilleure performance des établissements.

Un autre axe est privilégié dans la gestion des ressources humaines, ce sont les formations promotionnelles et les parcours qualifiants des professionnels paramédicaux. Les établissements enquêtés privilégient les promotions professionnelles au regard des besoins de la structure. Ainsi, les DS accompagnent les projets professionnels en mettant en place des évaluations internes des agents afin de repérer leurs capacités et motivations pour suivre une formation comme celle d'AS pour les ASH ou celle d'IDE pour les AS. Elles tiennent également compte du nombre d'agent qu'il est possible d'envoyer sur ces formations longues, en termes de budget, mais également en rapport avec le besoin de ces qualifications au sein de l'établissement dans les années à venir. Les DS sont donc dans une démarche proactive.

L'évaluation annuelle reste une obligation légale pour les centres hospitaliers, les pratiques peuvent différer d'un établissement à un autre. La démarche d'évaluation reste forte pour les trois structures enquêtées. Si la forme des supports est différente, le fond reste le même. Ce sont les compétences des professionnels qui sont évaluées par le supérieur hiérarchique direct de l'agent. Pour ce faire les directions des soins ont travaillé sur les fiches de poste de chaque secteur de leur établissement afin de lister les

---

<sup>43</sup> ZARIFIAN P, op. cit.

compétences attendues. Le DRH du centre hospitalier B a souhaité modifier le support d'évaluation afin d'y inclure les demandes en formation qui doivent être en lien avec l'évaluation des compétences.

### **2.2.3 Les parcours de soins comme réponse aux besoins des patients**

#### **A) L'identification des besoins des usagers sur le territoire**

La notion de parcours intègre les programmes régionaux de santé, ils doivent être déclinés sur les territoires de santé en mettant en lien la médecine libérale et les structures sanitaires et médico-sociales. Pour les trois établissements de l'étude, la filière gériatrique est présentée comme la plus aboutie. Pour l'un d'eux, le DRH reconnaît « *il y a une fluidification de la trajectoire des personnes âgées, l'hôpital est reconnu sur le territoire, de nombreuses conventions ont été signées avec les structures d'aval* ». Cette filière gériatrique est composée de structures hospitalières comme le court séjour, l'unité de soins de longue durée (USLD), les soins de suite et réadaptation (SSR), les établissements d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD), un hôpital de jour gériatrique, une unité cognitivo-comportementale (UCC). Le projet de ce pôle est d'ouvrir une unité d'hébergement renforcé (UHR), « *il y a un projet extérieur à l'hôpital par le biais du conseil général pour regrouper toutes les EHPAD. Si on libère ces 28 lits on peut faire une UHR ce qui serait logique dans notre filière gériatrique* » explique la CSS. Un autre projet est en cours d'élaboration : « *l'équipe mobile de gériatrie (EMG), l'idée ...c'est de travailler avec les urgences pour que les patients soient transférés au bon endroit et se poser la question de la nécessité ou non d'hospitaliser le patient. Pour l'instant le 1<sup>er</sup> objectif c'est ça* ». Une autre CSS pense que « *la filière gériatrique devrait apporter une plus-value dans la prise en charge du patient, il manque toutefois quelque chose depuis les urgences, notamment l'intervention des médecins gériatres...pour certains patients il n'est pas nécessaire de les hospitaliser, ils pourraient bénéficier de l'unité d'hospitalisation de courte durée(UHCD)...on ferait intervenir les assistantes sociales et le gériatre pour orienter le patient* ». Pour l'établissement C, la DS explique que « *la filière gériatrique fonctionne bien...mais on a un court séjour insuffisant, par contre on travaille avec tous les EHPAD par voie de convention et on a des hôpitaux locaux en gestion commune* ».

La problématique du vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques amènent les établissements à développer la filière gériatrique en travaillant sur les parcours de santé des usagers. La difficulté reste, bien souvent, pour les structures d'aval, quand le patient ne peut pas retourner à son domicile. Le DRH pense qu'il faudrait « *développer les conventions avec les structures d'aval* ». Les autres filières

en cours de développement sont celles de l'arrêt vasculaire cérébral (AVC), obstétrique pour l'établissement C qui a mis en place les consultations délocalisées. Une CGS reconnaît que la notion de parcours de soins n'est pas un axe sur lequel elle s'appuie, toutefois « *c'est...intuitivement le travail qui est réalisé quand on a commencé à réfléchir à la réorganisation des services de soins et le regroupement de certains d'entre eux* ».

Si les hôpitaux ont développé la filière de prise en charge du sujet âgé et quelques autres, il n'en reste pas moins que les restructurations réalisées ou en cours ne s'appuient pas sur cette notion de parcours, d'emblée. La DS de l'établissement A dit « *je n'ai pas l'impression que la restructuration de l'hôpital repose sur cette notion de filière ou de parcours...la répartition des lits n'a pas été réalisée en tenant compte de cela* », ce constat va au-delà du positionnement de l'hôpital, il concerne le niveau régional puisque la CGS explique : « *l'ARS de notre région n'est pas claire au niveau des filières de soins...il y a le PRS qui fixe les priorités au niveau de certaines prises en charge sans forcément reverser les objectifs dans les différents établissements qui seraient susceptibles d'y répondre ou pas* ».

La logique de parcours ou filière apparaît dans le discours des professionnels interrogés, mais, sans doute faudra-t-il encore du temps pour acculturer les acteurs de l'hôpital et du réseau à cette notion. Les objectifs de cette démarche de parcours dans la prise en charge de l'utilisateur : être plus performant et mieux répondre aux besoins des usagers ne sont pas complètement intégrés par les acteurs.

## **B) Le développement des activités et la place des coopérations**

Les établissements développent des activités, en arrêtent d'autres, toujours en réponse à la politique de territoire de l'ARS. Ainsi l'établissement B a fermé ses lits de réanimation n'ayant pas obtenu des tutelles l'autorisation de poursuivre cette activité. Cette décision est en lien avec le taux d'occupation insuffisant de ces lits et la proximité géographique de deux CHU. Il a été nécessaire que l'hôpital réoriente son activité sur une unité de soins continus. Ce projet correspond à un besoin de la structure pour répondre au parcours du patient. D'autres décisions sont plus en lien avec une politique de redistribution des équipements sur le territoire. Ainsi, pour un des centres hospitaliers la décision a été prise de rapprocher la chirurgie publique avec la chirurgie privée. La partie conventionnelle de cette discipline et les blocs opératoires vont être transférés sur une clinique de la ville en attendant une restructuration de l'hôpital public. Seul le service de gynécologie reste sur l'établissement avec le maintien d'un bloc. L'objectif pour l'ARS est toujours de simplifier les parcours pour le patient, tout en leur garantissant l'égalité d'accès aux soins. Les décisions sont également économiques. Il est, en effet, important de réduire les dépenses de santé. Pour l'établissement C, l'augmentation de la chirurgie ambulatoire a entraîné la

diminution du taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète. Il a donc été nécessaire de réduire le nombre de lits de chirurgie orthopédique et ouvrir un hôpital de jour. Ces restructurations ont été demandées par l'ARS. Les établissements de santé sont dans une recherche perpétuelle de performance, l'adaptation de l'activité aux besoins du patient sur le territoire et en tant que maillon du parcours patient est à prendre en compte. Le législateur a prévu de nouveaux instruments juridiques de coopération avec la loi HPST, l'objectif est de piloter des actions en transversal sur le territoire. Les groupements de coopération sanitaires (GCS) permettent de mettre en commun des moyens pour une activité de soins qui s'inscrit dans le parcours de santé de l'utilisateur. La CGS de l'établissement B explique que « *la notion de coopération...est active ...on a déjà mis en place des coopérations dans bien des domaines : les soins palliatifs, la neurologie, la radiologie* ». En ce sens les coopérations s'inscrivent dans le parcours de soins du patient et peuvent permettre qu'une réponse adaptée soit apportée à l'utilisateur sur le territoire. Le directeur d'établissement enquêté précise qu'il est important de poursuivre et développer les coopérations, dans le sens du « *travailler ensemble* » avec le centre hospitalier universitaire de la région. « *Il est nécessaire de s'inscrire dans une coopération territoriale, cet axe est porté par le ministère et la fédération hospitalière de France* ». L'objectif est toujours d'offrir une prise en charge coordonnée des patients. Une CGS pense « *que c'est aussi par le jeu des coopérations qu'on arrivera à pouvoir inscrire nos patients dans un parcours...qui ne soit pas circonscrit uniquement à l'établissement* ».

Si selon les hôpitaux enquêtés, le parcours de soins du patient n'est pas formellement présent dans les projets d'établissement, il est implicitement pris en compte dans le cadre des restructurations, des créations d'activité. En effet, les coopérations se développent sur le territoire pour une prise en charge efficiente de l'utilisateur. L'ARS s'appuie sur les contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens pour accompagner ces changements dans une vision territoriale de la répartition des équipements.

### **C) La performance dans un environnement de qualité et sécurisant pour l'utilisateur**

Tous les établissements enquêtés utilisent différents indicateurs de performance notamment ceux qui sont listés dans le répertoire de l'ANAP<sup>44</sup> : La durée moyenne de séjour (DMS) et l'indice de performance DMS ainsi que le taux d'occupation des lits (TO) sont suivis par les trois directions des soins. Les tableaux de bord sont envoyés tous les mois aux directions et aux pôles. Plusieurs niveaux peuvent être pris en compte, l'activité

---

<sup>44</sup> ANAP. *Piloter l'activité, mesurer l'efficience*. Visité le 21 juillet 2014, disponible sur internet : [http://www.anap.fr/uploads/tx\\_sabasedocu/Repertoire\\_indicateurs\\_ANAP.pdf](http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Repertoire_indicateurs_ANAP.pdf)



des unités de soins, le ratio de personnel au regard de cette activité, la qualité et la sécurité des soins dispensés. La DS de l'établissement A explique que le suivi de la DMS sur le service de soins de suite et de réadaptation, lui a permis de constater qu'il manquait des lits sur les structures d'aval, « *une cellule sur la pertinence des hospitalisations a été mise en place* ». L'objectif est d'essayer de diminuer la DMS. Pour les structures médicotekniques comme le bloc opératoire, l'imagerie médicale, l'indice de coût relatif (ICR) est pris en compte. La DS précise que « *des tableaux de bord mensuels sont transmis par la cellule gestion et la direction des finances* ». La CGS ajoute « *ces tableaux de bord comparent le même mois que l'année d'avant et ils sont analysés avec des commentaires* » avant d'être envoyés à la direction générale et la direction des soins. Un autre établissement utilise des codes couleur pour interpeller le lecteur du tableau de bord. La direction des soins et l'encadrement supérieur réalisent une analyse ciblée afin de connaître les raisons de cette baisse de performance et recherchent des solutions avec les équipes médicales.

Pour répondre à sa mission concernant l'élaboration et le suivi de la politique continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins, la DS travaille en étroite collaboration avec la direction de la qualité pour les trois établissements. Certaines directions des soins ont détaché un CSS ou un cadre de santé (CS) à la direction qualité afin qu'il fasse le lien avec les unités de soins. Avec la certification, les hôpitaux s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Pour ce faire, des indicateurs sont suivis au sein des pôles. La CGS de l'établissement A explique que « *les indicateurs qualité ont été déterminés avec la direction et le trio de pôle* ». Ces indicateurs sont inscrits dans les contrats de pôle. Dans le cadre du projet de nouvel hôpital, la direction qualité participe aux groupes de travail pour analyser les risques à priori des restructurations.

### **2.3 LA VALIDATION DES HYPOTHESES DE DEPART**

A la suite de l'analyse des résultats de l'enquête, il apparaît que les hypothèses 1 et 3 sont partiellement validées. En effet, si les DS utilisent divers indicateurs de performance tels que la DMS, l'IPDMS, le taux d'occupation des lits, en ce qui concerne l'utilisation de l'outil de charge en soins, seuls deux établissements sur trois ont mis en place les SIIPS mais ils ne les utilisent que partiellement. Ils ne prennent pas en compte les activités afférentes aux soins. De plus, il semble que les tableaux de bord mis à la disposition de la direction des soins ne sont pas forcément pertinents pour piloter les projets de restructuration. Les DS se sont bien souvent créés leurs propres outils de suivi notamment

dans le cadre de la gestion des effectifs qui représente la question centrale des réorganisations.

En ce qui concerne la réflexion sur les filières et parcours de soins, elle est présente dans le discours des DS pour la filière gériatrique, mais les restructurations ne sont pas élaborées en s'appuyant sur cette notion. Pourtant ils affirment que les établissements dans lesquels ils travaillent développent les coopérations sur le territoire. Cela dans le but d'organiser la prise en charge du patient et répondre à ses besoins.

Enfin pour l'hypothèse 2, les DS développent la polyvalence des professionnels dans le cadre des restructurations. Ils mettent en place une gestion prévisionnelle des métiers et compétences. Ils accompagnent les professionnels dans ces changements avec la direction des ressources humaines.

Au regard de la richesse des entretiens menés pour ce travail, des échanges avec plusieurs professionnels de terrain, des préconisations peuvent être posées afin que le DS assure la qualité et la sécurité des soins et réponde à l'exigence de performance dans le cadre des restructurations de service.

### **3 LE DIRECTEUR DES SOINS : DES LEVIERS D'ACTION POUR ANTICIPER, AGIR, ACCOMPAGNER**

L'enquête menée auprès des professionnels, si elle n'est pas représentative d'une parole générale des DS, permet d'élaborer des préconisations. Dans un premier temps, elles porteront sur le pilotage stratégique que le DS peut mettre en place. Ensuite, le rôle du DS dans la performance hospitalière sera analysé. Enfin, seront abordés les parcours de santé comme levier possible dans la réflexion sur les restructurations.

#### **3.1 MANAGEMENT ET PILOTAGE STRATEGIQUE**

##### **3.1.1 Une place réaffirmée dans les instances**

Depuis la loi HPST, le rôle du DS a pris une autre dimension dans les établissements de santé. Sa place au sein du directoire en tant que membre de droit lui confère un rôle de conseiller reconnu par les directeurs généraux. Cette instance définissant et accompagnant les différents axes du projet d'établissement, permet au DS d'être force de proposition notamment dans le cadre des organisations soignantes. Son expertise des soins et sa connaissance de l'environnement social et médico-social lui permettent de participer à l'élaboration du projet d'établissement. Au cours de l'enquête il est apparu clairement que les directeurs d'établissement s'appuient beaucoup sur les DS, leur demandant des éclairages sur les organisations mises en place ou sur les projections possibles dans le cadre de restructurations nécessaires. Cette confiance des directeurs envers le DS se tisse au fil du temps, elle ne peut se mettre en place que dans un schéma où la loyauté existe entre les acteurs. Le DS doit piloter des changements qui nécessitent la mise en place d'une stratégie. Selon l'école de la conception telle que la décrit H Mintzberg<sup>45</sup> dans son ouvrage, la stratégie propose des objectifs en cohérence avec les orientations de l'établissement. Elle s'adapte à l'environnement extérieur, en tenant compte des changements en œuvre. Elle participe au maintien d'un avantage sur le plan concurrentiel au niveau du territoire. Le DS s'appuie sur l'équipe d'encadrement pour conduire les changements. H Mintzberg parle de « *l'incrémentalisme logique* » en s'appuyant sur les travaux de James Brian QUINN. Ce procédé consiste à développer une vision stratégique dont l'acteur central est l'équipe de cadres supérieurs de santé pilotée par le DS. L'objectif est de promouvoir des perspectives stratégiques qui sont en constant mouvement et qui tendent à l'amélioration du système. Les recommandations qui peuvent être faites pour que le management stratégique fonctionne sont diverses :

---

<sup>45</sup> MINTZBERG H, AHLSTRAND B, LAMPELJ, 1999, « *Safari en pays stratégie* », Editions Village Mondial, Paris, p.35 et 36

- Être attentif à ce qui se passe au sein de l'établissement et sur le territoire.
- S'appuyer sur des éléments objectifs pour faire comprendre la nécessité du changement.
- Entendre les points de vue et les propositions de l'équipe d'encadrement au regard des restructurations à mener.
- Procéder par étapes et accepter les résistances qui peuvent conduire à des changements de cap.
- S'appuyer sur les orientations politiques au niveau national, régional et territorial.
- Surmonter les oppositions en s'appuyant sur les leaders positifs au sein de l'équipe d'encadrement.
- Faire preuve de souplesse dans la mise en œuvre des changements.
- Susciter l'intérêt des CSS pour les projets à mener et s'appuyer sur leur engagement.
- S'inscrire dans un processus de changement continu, l'hôpital doit pouvoir s'adapter aux modifications de l'environnement.
- Adapter sa stratégie aux contraintes.

La vision transversale du DS en termes d'organisation des services de l'hôpital et de la répartition des ressources humaines permet de conduire les axes du projet d'établissement. En tant que président de la CSIRMT, il peut décliner le projet de soins en s'appuyant sur le projet médical. Cette instance représentative des professions paramédicales est un outil de pilotage du projet de soins. Elle est consultée dans le cadre de l'organisation générale des soins et de l'accompagnement des malades. La politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques est soumise à cette instance. Elle donne, également, un avis sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Dans le cadre des restructurations à mener, les membres de la CSIRMT sont tenus informés. Des groupes de travail peuvent émaner de cette instance, toujours pilotés par l'encadrement supérieur et/ou de proximité. Le DS coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités soignantes. Avec les équipes médicales et les cadres de santé, il participe à la conception et l'évolution des structures et des activités de soins.

L'organisation polaire et le risque de balkanisation peut représenter une contrainte pour le pilotage stratégique du DS. Toutefois, l'enquête menée montre que les délégations de gestion contractualisées entre le directeur d'établissement et le chef de pôle sont limitées en ce qui concerne la gestion des ressources humaines. Cet axe primordial dans les restructurations est laissé à la direction des soins. La gestion des effectifs est ainsi transversale et sous la responsabilité du DS. Il agit en collaboration avec la DRH. Bien

souvent les DS font le choix de positionner un CSS rattaché à la direction des soins, dont la mission est la gestion des effectifs. Ce professionnel assure le suivi des tableaux d'effectif, le recrutement, la gestion de l'absentéisme et notamment la répartition des professionnels affectés au service infirmier de compensation et de suppléance (SICS).

### **3.1.2 La gestion des ressources humaines véritable enjeu économique**

Dans les établissements de santé, le personnel représente 70 à 85% du budget, le DS a pour mission de répartir de façon équitable les moyens humains entre les pôles d'activité. Pour ce faire il suit, au plus près, l'évolution des effectifs au regard de l'activité et des restructurations à réaliser. Un état des lieux des effectifs et de l'activité est donc assuré en continu. Les informations lui sont fournies par les différentes directions : le département de l'information médicale, la direction des finances, la direction des ressources humaines. Pour plus d'efficacité, les tableaux de bord de suivi des effectifs sont conçus d'un commun accord entre le DS et le DRH. Ils concernent le mois écoulé plus 15 jours au maximum. Ils doivent être fiables, homogènes, précis, issus d'une production rapide et flexible, clairs, lisibles et sont une sélection des éléments que le DS veut suivre<sup>46</sup>.

Dans le cadre de projet de restructuration, plusieurs étapes sont nécessaires :

- Un état des lieux de l'activité des services concernés sur plusieurs années.
- Un travail sur les effectifs cibles au regard du nombre de lits envisagé et de la charge de travail prévisible. Il tient compte des effectifs normés pour certains services.
- Elaborer une charte de fonctionnement à laquelle va participer l'équipe médicale. L'objectif est que tous les acteurs soient force de proposition et que l'organisation du service soit proposée par les équipes médicales et paramédicales.
- Communiquer et informer le personnel et les représentants syndicaux des restructurations envisagées.
- Mettre en place progressivement les réorganisations.

L'élaboration des chartes est un levier d'action possible pour le DS, elle est à prioriser dans le cadre de création d'un nouvel hôpital ou quand les restructurations entre service sont importantes. Cette charte de fonctionnement s'applique à décrire à la fois l'organisation générale du service, qu'elle soit médicale et/ou soignante. Sa fiche signalétique précise le nom des rédacteurs, pour l'établissement enquêté qui a élaboré ces chartes, ce sont le cadre du service et le cadre de pôle qui l'ont rédigé. Le DS, le chef

---

<sup>46</sup> CADILHAC X, «Le recrutement dans la FPH, cadre théorique et aspects pratiques », in ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, août 2014, Rennes

de pôle et le responsable du service valident la charte. Pour finir elle est approuvée par le directeur de l'établissement, le président de la CME et le directeur chargé de la qualité. Ce document est un outil qui permet, dans un premier temps, de décrire les organisations et sert de support à la réflexion dans le cadre des projets de restructuration envisagés. Il demande aux équipes médicales de décrire leur fonctionnement pour optimiser l'organisation du service. Les équipes d'encadrement pourront ensuite adapter l'organisation paramédicale afin d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, en assurant des soins de qualité. Le DS pilote l'élaboration des chartes en s'appuyant sur les cadres de pôle, des réunions régulières permettent le suivi du projet, les questions posées dans les groupes de travail sont traitées par le DS qui interpelle le directeur d'établissement quand cela s'avère nécessaire. L'avancée des chartes de fonctionnement est abordée lors des comités de direction et elles sont discutées en directoire et en CME. Dans la description des organisations soignantes sont repris l'adéquation des ressources à l'activité, (le nombre d'IDE de jour pour x patients et idem pour la nuit, la semaine et les week-ends), les effectifs requis par amplitude, les plannings et les cycles ; les temps de pause et de repos, la gestion de l'absentéisme (les modalités à mettre en place), la gestion des grèves et les effectifs minimums.

Le DS peut utiliser le guide de bonnes pratiques organisationnelles de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH)<sup>47</sup> qui a été publié en 2009. Ce document propose des maquettes qui permettent de formaliser l'organisation hebdomadaire de travail. Il peut aider à analyser l'évolution de l'activité, les variations sur la semaine et la répartition entre l'activité programmée et non programmée. Il donne également une méthode d'élaboration des plannings. Cet outil a notamment été utilisé par deux des établissements enquêtés dans la préparation des restructurations. La gestion des effectifs pour le DS signifie également gérer la formation afin que les compétences requises sur l'établissement soient réunies.

### **3.1.3 La formation pour une garantie de qualité et sécurité des soins**

Les restructurations nécessitent une réflexion sur les compétences nécessaires au regard de l'évolution des pratiques professionnelles et des réorganisations qui peuvent regrouper diverses spécialités. Le DS s'appuie sur l'équipe des CSS pour mettre en place une politique de formation sur l'établissement. Les orientations de prise en charge des patients sont définies dans le projet d'établissement. Les CSS avec les équipes

---

<sup>47</sup> MEAH. *Gestion du temps de travail des soignants. Guide de bonnes pratiques organisationnelles*. Visité le 18 septembre 2014, disponible sur internet : [http://www.anap.fr/uploads/tx/sabasedocu/BPO\\_Temps\\_soignants.pdf](http://www.anap.fr/uploads/tx/sabasedocu/BPO_Temps_soignants.pdf)

d'encadrement s'appuient sur ce dernier et l'évaluation annuelle des compétences des agents pour décliner le plan de formation de l'année suivante. Le DS donne des directives qui peuvent concerner les compétences à développer dans diverses spécialités afin de pouvoir mutualiser les professionnels et développer l'entraide tout en maintenant la sécurité des soins. De plus, dans le cadre de consultations spécialisées, il va s'assurer que plusieurs professionnels sont formés à la spécificité des actes soignants. Un DS enquêté a, en effet, été en difficulté pour la consultation en ORL avec une seule IDE formée à l'audiométrie. Il est important de pouvoir assurer tous les actes de soins avec un bon niveau de qualité.

La gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC), représente divers enjeux pour le DS, les ressources humaines doivent être :

- disponibles : il faut recruter, fidéliser et anticiper les besoins
- mobilisées, pour ce faire il est nécessaire d'informer, d'animer, de motiver et de créer du sens. Le management par projet peut être un levier de motivation des cadres et des équipes.
- efficaces : le DS va organiser les services, optimiser l'utilisation des ressources et les évaluer.

Anticiper les évolutions pour faire face aux besoins et prendre en compte les aptitudes et aspirations individuelles représente un enjeu pour le DS dans le cadre de la GPMC. Il peut s'appuyer sur le cercle vertueux des compétences décrit par P ZARIFIAN<sup>48</sup>. A partir de la définition des organisations, il peut identifier les besoins en compétences qui vont ensuite dynamiser et faire évoluer l'organisation. Pour ce faire, P ZARIFIAN décrit cinq étapes qui peuvent être déclinées comme suit :

- Expliciter le choix d'organisation et donc les compétences nécessaires, ce travail se fait avec l'équipe de CSS.
- Utiliser les compétences déjà acquises au regard des enjeux stratégiques.
- S'appuyer sur des outils d'évaluation des compétences pour repérer celles qui sont acquises et peuvent être mobilisées et celles qu'il reste à développer. Accompagner les cadres de proximité dans cette démarche.
- Laisser les organisations se transformer en lien avec les compétences mobilisées.
- Revenir au choix d'organisation quand d'autres restructurations sont nécessaires.

Pour développer les savoirs, des outils de reconnaissance des compétences acquises peuvent être utilisés comme « Gesform évaluation » qui a été mis en place par un des établissements enquêté. Le travail en amont consiste à élaborer les fiches de poste et à

---

<sup>48</sup> ZARIFIAN P, mars 2004, *objectif compétence*, Editions liaisons, p 121

définir les compétences attendues afin de pouvoir évaluer de façon objective les agents. Il est ensuite possible de repérer les besoins en formation des professionnels et mettre en place des actions de formation, soit en interne, soit avec un prestataire externe afin qu'ils acquièrent les savoirs nécessaires à leurs besoins, ceux du service, du pôle ou de l'établissement. Dans le cadre des chartes de fonctionnement citées précédemment, un chapitre complet est consacré à la formation des nouveaux agents arrivant sur le service. Les formations obligatoires sont déclinées : sécurité, incendie, manutention des malades, port de charge, utilisation du dossier patient informatisé (DPI), prise en charge de la douleur, formation à l'analgésie autocontrôlée par le patient (PCA), l'utilisation du mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA), chariot d'urgences. L'objectif est que les professionnels aient un socle de connaissances communes avant de développer les compétences en lien avec les spécificités du service. Une journée d'accueil est organisée par le cadre de santé qui se charge de donner toute l'information au professionnel sur le fonctionnement du service et évalue ses besoins en formation.

Le management stratégique mis en place par le DS impacte la gestion des ressources humaines. En tant que responsable des organisations soignantes, il décline les différents axes du projet d'établissement au plus près du terrain. Pour assurer la sécurité et la qualité des soins il s'appuie sur l'évaluation et le développement des compétences. Le DS a une vision prospective des compétences et métiers nécessaires au sein de l'établissement. Il reste attentif à maintenir ou développer la performance des services de soins.

## **3.2 LA RECHERCHE DE LA PERFORMANCE AU SERVICE DU PATIENT**

### **3.2.1 La gestion du temps de travail**

Alors que des règles institutionnelles communes de gestion du temps de travail sont mises en place dans les établissements de santé au regard des 35 heures<sup>49</sup>, une entière liberté a été laissée aux hôpitaux en ce qui concerne la quotité horaire obligatoire des agents. Ainsi lors de l'enquête il apparaît qu'un hôpital opte pour 7H36 par jour avec 19 jours de réduction du temps de travail (RTT), un autre pour 7H24 par jour avec 12 RTT. Le second, avant son premier plan de retour à l'équilibre financier était à 7H40 par jour. La direction a été dans l'obligation de réviser l'accord local d'aménagement du temps de

---

<sup>49</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n°1998-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail. Journal officiel, n°136 du 14 juin 1998, 9029.



travail, diminuant ainsi le nombre de jours de RTT. Une économie de poste a alors été possible. Dans les organisations soignantes, le DS tient compte de la répartition des postes de travail entre les équipes matin, après midi et nuit tout en respectant les accords locaux. Ces règles peuvent être un frein aux réorganisations de service. Dans l'exemple cité ci-dessus, la révision de l'accord local qui amène une réduction de 16 minutes du temps de travail génère 6 jours de RTT en moins, ce qui signifie plus de présentisme des soignants donc un nombre d'équivalent temps plein (ETP) diminué. Dans les organisations mises en place, le DS reste vigilant au respect des normes juridiques en matière d'effectif dans les services normés. Toutes ces contraintes sont prises en compte dans les restructurations prévues au sein de l'établissement.

Dans ce cadre, l'élaboration des chartes de fonctionnement permet de mettre à plat les organisations soignantes possibles en s'appuyant sur les organisations médicales. Il est en effet, inutile de prévoir une IDE en service de consultation si les médecins sont absents certains jours. Dans les unités d'hospitalisation, il est important de décrire les temps de travail, temps de pause, temps de transmission tout en respectant le cadre légal. La participation des cadres de proximité et des CSS de pôle est nécessaire pour aider le DS à optimiser les effectifs sur l'ensemble de l'établissement. Pour ce faire la réflexion ne s'arrête pas au nombre d'ETP par métier, elle nécessite une attention particulière à d'autres indicateurs.

### **3.2.2 Les indicateurs de la performance**

Dans le cadre des restructurations, le DS a besoin d'objectiver les projets et ses décisions. Il s'appuie sur des indicateurs de l'activité et de la charge de travail comme le nombre de lits et/ou places, le nombre d'admission, le nombre de journée, la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation des lits, le nombre d'accouchement en maternité, le nombre de venue en hôpital de jour, le nombre de passages aux urgences, le nombre de groupe homogène de malade, et de groupe homogène de séjour. Ces indicateurs sont inclus dans des tableaux de bord de suivi de l'activité qui sont transmis par le département des informations médicales (DIM), le service des finances et la DRH. Ils font l'objet d'une analyse par le DS et l'équipe de CSS de pôle. A ces indicateurs s'ajoute, dans bien des établissements, un outil d'analyse de la charge en soins comme les soins individualisés à la personne soignée (SIIPS), auquel il est préférable que soit adjointes les activités afférentes aux soins (AAS). Ces outils sont souvent mis en place à la demande du DS, dans un premier temps pour gérer au mieux la répartition des effectifs, mais également pour aider à la gestion de l'équipe de suppléance. L'ensemble des indicateurs mis à la disposition de la direction des soins doit permettre une juste

répartition des moyens humains et d'argumenter auprès des équipes médicales et des équipes d'encadrement les choix qui sont faits.

Les points saillants de l'analyse des tableaux de bord sont partagés avec l'équipe de direction lors des comités de direction.

Dans le cadre des propositions de réorganisation nécessaire, le DS affine son analyse en s'appuyant sur la matrice SWOT<sup>50</sup>.

Interne	FORCES	FAIBLESSES
Externe	OPPORTUNITES	MENACES

Elle est un outil stratégique qui permet d'analyser les forces et faiblesses de l'établissement et de déterminer les opportunités et menaces de l'environnement. Cet outil peut être une aide pour positionner les projets. Dans le cadre de restructuration à mener, notamment des regroupements de services ou le développement d'une activité sur le territoire de santé, une des DS enquêtée l'utilise régulièrement. Il lui permet d'étayer son analyse avant de présenter le projet à la direction générale. La vision transversale des services de l'établissement et la connaissance que le DS a des partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires du territoire lui permettent de piloter les projets de restructuration. Le DS s'appuie alors sur l'équipe des CSS et les personnes ressources de l'établissement.

### 3.2.3 Des propositions pour répondre au niveau de performance attendue

Afin d'assurer la gestion des ressources humaines au plus près du terrain, un CSS peut être chargé des recrutements selon les besoins et assurer le suivi des effectifs. Il rend compte régulièrement au DS. Sur le plan opérationnel, cette organisation permet d'avoir un interlocuteur privilégié pour les CSS de pôle qui peuvent participer au recrutement des personnels de leur pôle. En même temps les réunions d'encadrement mises en place par le DS permettent d'aborder les problématiques d'effectif sur un plan plus stratégique.

Le DS doit pouvoir négocier des tableaux de bord accessibles et lisibles qui permettent un comparatif avec l'année précédente, le mois précédent et qui sont dotés de signaux d'alerte et d'une analyse à minima par le service expéditeur, que ce soit le DIM, la DRH

<sup>50</sup> Matrice SWOT :Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats

ou les services financiers. Les CSS de pôle et les chefs de pôle qui sont destinataires de ces outils de pilotage pour leur pôle doivent, en effet, être rapidement interpellés par un dysfonctionnement.

Le partenariat est obligatoire entre le DRH et le DS, les liens doivent être maintenus ou développés. Ils doivent travailler sur des tableaux de bord identiques. La gestion du personnel reste un levier majeur de la gestion médico-économique des établissements de santé. Afin de mieux gérer l'absentéisme, le DS, en collaboration avec le DRH, met en place des réunions régulières qui permettent d'analyser les situations individuelles et trouver des solutions, les plus adaptées possibles, pour l'agent.

La connaissance de l'établissement et des organisations sont pour le DS un atout majeur pour l'aider à prendre des décisions, notamment dans la répartition des postes. Il peut être intéressant d'élaborer des chartes de fonctionnement par service afin que chaque acteur du soin décrive son activité et repense son organisation au regard de l'activité prévue.

Dans le cadre des contrats de pôle signés entre le directeur d'établissement et le chef de pôle, des indicateurs qualité font l'objet d'un suivi obligatoire par le trio de pôle afin de répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins définies par l'HAS. Le DS s'assure que des évaluations des pratiques professionnelles sont réalisées dans tous les pôles.

### **3.3 LES PARCOURS DE SOINS : UN LEVIER D'ACTION POSSIBLE POUR LE DS**

Le Premier ministre a annoncé en janvier 2013, dans le cadre de la nouvelle stratégie nationale de santé : « C'est dorénavant à partir du parcours de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée, que doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquée par les cloisonnements »<sup>51</sup>. Ainsi il est stipulé de développer les coopérations entre les acteurs du territoire pour répondre aux besoins de l'usager. La problématique du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques amène le législateur à repenser la prise en charge de la personne.

---

<sup>51</sup> AYRAULT JM, Premier ministre, « Communication relative à la stratégie nationale de santé par dans sa déclaration de politique générale », 16 janvier 2013.

### **3.3.1 Les dispositifs de coordination pour la personne âgée : une filière de soins en gériatrie, un modèle de parcours.**

Les hôpitaux accueillent un nombre important de personnes âgées via les services d'urgence. Ils ont tenté de structurer « une filière personnes âgées » afin de répondre au mieux aux différents stades de la prise en charge. Comme le démontre les DS enquêtés, la filière gériatrique est la plus développée et la plus complète à l'hôpital. Ainsi différents types de structures comme un court séjour gériatrique, une unité de consultation et d'hospitalisation de jour, un service de soins de suite et de réadaptation, un service de soins de longue durée ainsi que des places d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) composent la filière gériatrique. L'introduction des structures médico-sociales la transforme en filière gérontologique. Pour deux établissements sur les trois enquêtés, un projet d'équipe mobile de gériatrie est prévu pour compléter le dispositif. Toutes ces structures ne peuvent pas travailler de façon isolée, des coopérations sont nécessaires sur le territoire avec des structures d'aval. Les DS sont moteurs dans la réflexion concernant le développement de la filière sous forme de parcours de santé. La prise en charge du patient se conçoit à l'extérieur de l'hôpital. La connaissance du territoire par le DS lui permet de développer certains axes. Ainsi certains envisagent la création d'une équipe mobile qui interviendrait au sein des services d'accueil et d'urgence et qui permettrait de réaliser une évaluation de la situation médicale et sociale de la personne. La circulaire de 2007<sup>52</sup> décrit les missions des équipes mobiles de gériatrie. Elles doivent « dispenser une évaluation gérontologique, médico-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique ». L'objectif est d'éviter certaines hospitalisations et de mieux préparer la sortie.

La nécessité de faire évoluer le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (le dispositif PAERPA) demande à l'hôpital d'améliorer les prises en charge et de fluidifier les parcours entre les structures de la filière gériatrique, le domicile et les structures d'hébergement sur le territoire. L'objectif est de développer des organisations de soins en faisant travailler ensemble des équipes de proximité sur divers axes tels que la prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique ou la coordination des soins entre autre.

---

<sup>52</sup> Circulaire DHOS/02, n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

### **3.3.2 Le DS porteur des projets de coopération entre les différents professionnels du territoire, un focus sur le parcours de soins de la personne âgée**

Le DS en tant que professionnel de la coordination est décrit comme un « champion organisationnel » selon MA BLOCH<sup>53</sup>. Il va faciliter le travail du coordonnateur de parcours en construisant les partenariats, en animant les réseaux et en conduisant les projets. Par son management stratégique et opérationnel, le DS participe à la réflexion sur les parcours de soins. Il va organiser les parcours au niveau de l'établissement et avec les partenaires du territoire de santé. Sous l'égide des ARS, les DS participent à des groupes de travail sur diverses thématiques comme le développement du parcours de santé des patients âgés. L'objectif est d'améliorer leur prise en charge. Ainsi un des établissements enquêtés a été sélectionné pour conduire une expérimentation concernant l'accueil des personnes âgées à l'hôpital. Une évaluation est en cours permettant de repérer les coopérations entre le médecin traitant et l'hôpital ainsi que les structures d'aval quand le retour à domicile n'est pas possible. Une équipe mobile de gériatrie assure les évaluations de la situation sanitaire et sociale du patient afin de réduire la durée d'hospitalisation. L'objectif est que l'usager bénéficie d'un accueil dans une structure adaptée à ses besoins.

Le rôle du DS est aussi de diffuser la culture gériatrique au sein des diverses unités de l'établissement sachant que les sujets âgés, du fait de leur poly pathologie peuvent être hospitalisés dans tous les services, que ce soit en chirurgie ou en médecine. Il est donc nécessaire que le DS élabore des référentiels de bonnes pratiques avec les équipes médicales et l'encadrement afin que les professionnels soignants soient en capacité de pratiquer une évaluation gériatrique avec notamment le repérage des troubles sensoriels avant de faire intervenir l'équipe mobile. Cette dernière intervient pour réaliser une évaluation gérontologique, contribuer à l'élaboration du projet de vie de la personne soignée, l'orienter dans la filière de soins et participer à l'organisation de la sortie. Il est important que l'ensemble des professionnels aient une bonne connaissance des structures constituant le dispositif de prise en charge des personnes âgées. Une information doit être faite par les cadres de proximité pour tout nouvel agent.

Afin que la prise en charge du sujet âgé soit optimale dans les services de soins, le repérage du risque de perte d'autonomie est important. Il permet la mise en place d'actions adaptées qui s'inscrivent dans le plan personnalisé de santé. La notion de parcours de santé trouve toute sa place dans ce cadre et il est alors un levier d'action pour le DS qui doit travailler sur des restructurations de service et répondre aux exigences

---

<sup>53</sup> BLOCH MA, HENAUT L, janvier 2014, « *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* », Editions Dunod, p 187

de performance de l'établissement. Il est garant de la bonne organisation de la filière de soins et des compétences nécessaires pour répondre de façon efficiente au besoin de l'utilisateur.

### **3.3.3 La formation du personnel, un atout majeur dans l'organisation des parcours de soins.**

Quelques soit la problématique de santé du patient, elle s'inscrit dans un parcours, dont l'hospitalisation représente une étape. Cette notion de parcours nécessite le développement des coopérations entre professionnels de santé et du médico-social. Les soignants découvrent une nouvelle approche de la prise en charge du patient qui nécessite une adaptation de leurs pratiques professionnelles à la logique de parcours. Les IDE coordinatrices sont reconnues dans le secteur médico-social, où elles ont une fonction d'information et de communication auprès des professionnels du territoire pour la prise en charge de l'utilisateur. Les professionnels de la coordination sont nombreux, ce sont les gestionnaires de cas Maïa, les IDE coordinatrice en EHPAD ou en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les coordonnateurs de réseau au niveau des centres mémoire de ressource et de recherche (CMRR). Or, cette fonction reste une « nébuleuse » selon MA BLOCH et L HENAUT même si « deux champs d'activité peuvent être distingués, selon que la coordination porte sur les personnes et leur entourage, d'une part ou sur les professionnels et les actions du territoire ou d'une organisation d'autre part. »<sup>54</sup>. Le DS a la responsabilité de l'accompagnement des changements sur le territoire. En tant que coordonnateur d'innovation, il met en œuvre la réflexion sur les relations de coopération à développer.

Afin de permettre aux soignants de répondre au mieux aux besoins de la population, ils doivent développer leurs compétences. Le DS, dans l'élaboration du plan de développement personnel continu, est attentif à la logique des parcours de soins. Les professionnels peuvent bénéficier d'action de formation sur le repérage et la prévention des facteurs de risque d'hospitalisation, à l'éducation thérapeutique, à la prescription médicamenteuse, à la coordination des acteurs, à l'optimisation des relations entre la ville et l'hôpital. Il peut être intéressant d'organiser des formations communes pour les différents acteurs de la prise en charge du patient. Le DS va développer les formations à la coordination au regard des diverses filières existantes au sein de l'établissement. Il peut également promouvoir la création de nouvelle profession de soignant, en permettant à des IDE de réaliser un cursus universitaire et préparer un master en sciences cliniques

---

<sup>54</sup> BLOCH MA, HENAUT L, janvier 2014, « *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* », Editions Dunod, p 186

infirmières. Ces formations professionnelles qualifiantes permettent aux IDE de développer une expertise dans un champ clinique spécifique. Cela peut être IDE de pratiques avancées en gériatrie, en oncologie, mais également IDE coordinatrice de parcours. Le rapport HENART<sup>55</sup> de janvier 2011, destine tout un chapitre à la réflexion sur les pratiques avancées en s'appuyant sur diverses expériences étrangères. Il redonne la définition de pratique avancée selon le conseil international des infirmières. L'IDE qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes et les compétences cliniques indispensables selon la discipline. Il précise que les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'IDE sera autorisée à exercer. Actuellement, les pratiques avancées ne sont pas reconnues par un statut particulier, toutefois, elles apparaissent comme nécessaires pour répondre aux besoins en nouveaux métiers et nouvelles compétences à l'hôpital et sur le territoire de santé. Par la création d'espaces d'échanges et de concertation, les DS vont permettre la réflexion sur la prise en charge des patients. Dans le cadre des restructurations, le DS va anticiper la notion de parcours et se préparer à un nouveau mode de rémunération des soins demain sous forme de parcours.

---

<sup>55</sup> HENART L, BERLAND Y, CADET D, Janvier 2011, *Métiers en santé de niveau intermédiaire, professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer.*

## Conclusion

Dans un contexte de contraintes budgétaires et de changement du paysage hospitalier, l'hôpital public doit être performant tout en garantissant aux usagers la qualité et la sécurité des soins. Le DS, acteur institutionnel incontournable participe à la mise en œuvre de la stratégie managériale pour conduire les transformations. Pour mener à bien les projets de restructurations, il s'appuie sur des données objectivables qui vont l'aider dans sa réflexion en termes de réorganisation en tenant compte de la place des usagers dans le système de santé et la dimension territoriale de l'offre de soins. Les outils mis à sa disposition doivent être pertinents, ils sont une aide à la décision. La collaboration des différents membres de l'équipe de direction reste primordiale dans la bonne conduite de la stratégie d'établissement. Les projets de restructuration s'appuient sur l'élaboration de chartes de fonctionnement qui concernent à la fois l'organisation médicale et paramédicale, l'efficacité est recherchée.

Une nouvelle conception de la prise en charge du patient est apparue avec la notion de parcours de soins : le bon soin, au bon moment, au bon endroit et par le bon professionnel, est préconisée par le ministère de la santé. Toutefois, ils ne sont pas complètement présents dans les démarches de réorganisation des établissements de santé. Pourtant il reste important d'optimiser les parcours. En effet, l'assurance maladie peut demain se mettre au service d'une médecine de parcours. Les modes de rémunération de ces derniers doivent s'adapter à la nécessité de prise en charge du patient. Le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'ARS et les établissements de santé peut détailler les organisations retenues par l'hôpital pour améliorer les parcours de santé. Il est un levier d'action pour le DS en termes de réorganisation, le modèle de la filière gériatrique le prouve. Il peut être transféré à d'autres formes de parcours comme la prise en charge de l'AVC, la filière oncologique. La vision stratégique du DS en termes de parcours est un enjeu pour l'amélioration de la qualité des pratiques, l'optimisation des moyens et la recherche d'efficacité. Il va s'appuyer sur les référentiels de bonnes pratiques développés par la HAS concernant les maladies chroniques dont l'objectif principal est d'amener les partenaires du territoire à coopérer notamment dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient.

Le DS, garant de la qualité et la sécurité des soins élabore le plan de formation continue, pour assurer le développement des compétences des professionnels paramédicaux au regard des évolutions de l'hôpital. Sa vision prospective permet d'anticiper les besoins



pour les années à venir. Il peut agir sur plusieurs niveaux : permettre les pratiques avancées validées par un diplôme universitaire, développer des compétences de coordonnateur chez certains professionnels qui auront des missions d'interface avec les structures sanitaires et médico-sociales du territoire. Dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, il est force de proposition pour améliorer les prises en charge.

Un directeur d'établissement enquêté estime que le DS est un directeur adjoint à part entière, il apporte une plus-value à la réflexion en comité de direction car il a une double culture. Il est capable de mettre en perspective l'organisation soignante, en faisant le lien entre une prise en charge optimale du patient et la gestion des ressources humaines, le budget et l'organisation des locaux.

Les restructurations sont nécessaires pour maîtriser les dépenses de santé sur les territoires. Comment le DS peut accompagner les professionnels dans cette mutation de l'hôpital public tout en maintenant leur motivation au travail?

---

## Bibliographie

---

### TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°79-1140 du 29 décembre 1979 relative aux équipements sanitaires et modifiant certaines dispositions de la loi n°70-1318 portant réforme hospitalière. Journal officiel du 30 décembre 1979, 3311.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale. Journal officiel du 20 janvier 1983, 374.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Décret n°83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier. Journal officiel du 12 août 1983, 2603.

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n° du 19 octobre 1989, 13058.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel, n°179 du 02 août 1991, 10255.

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996, 6324.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n°1998-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail. Journal officiel, n°136 du 14 juin 1998, 9029.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002, 4118.

MINISTERE DELEGUE A LA SANTE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2002, 7187.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET LA FAMILLE. Décret n°2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé. Journal officiel, n°13 du 16 janvier 2005, 706.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET LA FAMILLE. Ordonnance n° 2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel, n°102 du 03 mai 2005, 7626.

Circulaire DHOS/02, n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. 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, 12184.

## **OUVRAGES**

ALTER N, 2009, 2010, *Donner et prendre, la coopération en entreprise*, Paris, Editions la découverte, 225 p.

ALTER N, 1990, *La gestion du désordre en entreprise*, Paris, Editions L'Harmattan, 196 p.

BELORGEY N, 2010, *L'hôpital sous pression, enquête sur le nouveau management public*, Paris, Editions la découverte, 307 p.

BLOCH MA, HENAUT L, 2014, *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Editions Dunod, 309 p.

CROZIER M, FRIEDBERG E, 1992, *L'acteur et le système*, Editions du seuil, 478 p.

LABRUFFE A, DESCAMP N, 2013, *Optimiser les compétences par l'ingénierie des ressources humaines*, Editions Afnor, 320 p.

MINTZBERG H, 1997, *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*, Les éditions d'organisation, 212 p.

MINTZBERG H, 1999, *Safari en pays stratégie, l'exploration des grands courants de la pensée stratégique*, Editions village mondial, 386.

PICHAULT F, NIZET J, 2000, *Les pratiques de gestion des ressources humaines*, Editions du seuil, 300 p.

## ARTICLES DE PERIODIQUE

BLOCH Marie Aline, HENAUT Léonie, mars/avril 2014, « Coordonnateurs d'innovations, les nouvelles professionnalités en organisations sanitaires et médico-sociales ». *Revue hospitalière de France*, n°557, pp

BUDET Jean Michel, mai 2012, « Dossier : le changement ». *Gestion hospitalière*, n°516, pp 262-317.

CHAGUE Vincent, novembre 2004, « Le changement organisationnel », *Revue du cadre soignant*, n°14, pp 20-21

DELPLANQUE Régine, suppl. Octobre 2008, « Stratégie de changement, comment gérer la crise et piloter la transformation négociée », *Soins cadre de santé*, n°67, pp S8-S11

DUCHAMP David, mars 2007, « Management participatif du changement dans les hôpitaux locaux. Les paradoxes de la professionnalisation des groupes projets », *Gestions hospitalières*, n°464, pp 183-186

HOUSSET Jacky, juin 2014, « Parcours de santé des personnes âgées hospitalisées. Rôle du directeur des soins dans la coordination territoriale », *Revue hospitalière de France*, n°558, pp 26-28.

MICHALLET Maxime, juin 2013, « Fusion des établissements publics de santé- De la théorie à la pratique », *Finances hospitalières*, n°70, pp 19-22.

RENAULT Corine, décembre 2012, « Penser l'humain : facteur clé pour réussir le changement organisationnel », *Les cahiers hospitaliers*, n°295, pp 21-24.

VINOT Didier et al, décembre 2007, «Dossier : Le management des valeurs ». *Les cahiers hospitaliers*, n°240, pp 5-22.

## MEMOIRES

LAMOUR J, 2010, *Les indicateurs d'activité et de charge en soins dans le dimensionnement des équipes: place du directeur des soins*, Mémoire DS : EHESP, 34 p.

CHADEFFAUD N, 2012, *Indicateurs de performance et projet de prise en charge des patients : deux projets stratégiques pour l'accompagnement des équipes dans leur redimensionnement*, Mémoire DS : EHESP, 55 p.

WYNEN A, 2010, *La mutualisation comme outil de réorganisation : quel rôle pour le directeur des soins*, Mémoire DS : EHESP, 34 p.

## RAPPORTS

IGAS, mars 2012, *Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*, Anne BRUANT-BISSON, Paul CASTEL, Maurice PANEL, Rapport n°RM2012-011P

IGAS, janvier 2013, *La mise en œuvre des projets pilotes*, Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, 85 p.

HENART L, BERLAND Y, CADET D, Janvier 2011, *Métiers en santé de niveau intermédiaire, professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*,.

CNG, 24 janvier 2011, TOUPILLIER D, YAHIEL M, Rapport sur *la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*,

## CONFERENCES

ASSOCIATION FRANÇAISE DES DIRECTEURS DES SOINS, *16èmes journées nationales d'étude*, 1-3 octobre 2014, Nancy, De l'hôpital au territoire, pour un parcours de vie.

DONIUS B, «La gestion prévisionnelle de l'emploi, des métiers et des compétences », *in* ECOLE DES HAUTES ETUDES DE SANTE PUBLIQUE, juin 2014, Rennes.

CADILHAC X, «Le recrutement dans la FPH, cadre théorique et aspects pratiques », *in* ECOLE DES HAUTES ETUDES DE SANTE PUBLIQUE, août 2014, Rennes.

AYRAULT JM, Premier ministre, « Communication relative à la stratégie nationale de santé par dans sa déclaration de politique générale », 16 janvier 2013.

## SITES INTERNET

ARS. *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie*. Visité le 19 mai 2014, disponible sur internet : <http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html>

HAS. *Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA*. Visité le 05 août 2014, disponible sur internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1638463/fr/Plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/Plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa)

ANAP. *Pilotage des établissements de santé : enjeux du pilotage pour les établissements de santé*. Visité le 05 septembre 2014, disponible sur internet : [http://www.anap.fr/uploads/tx\\_sabasedocu/Pilotage\\_des\\_ES\\_Enjeux\\_du\\_pilotage.pdf](http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Pilotage_des_ES_Enjeux_du_pilotage.pdf)

CNG. *Référentiel métier de Directeur (trice) des soins*. Visité le 15 juillet 2014, disponible sur internet : [http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_metier\\_DDS.pdf](http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_DDS.pdf)

ANAP. *Piloter l'activité, mesurer l'efficience*. Visité le 21 juillet 2014, disponible sur internet : [http://www.anap.fr/uploads/tx\\_sabasedocu/Repertoire\\_indicateurs\\_ANAP.pdf](http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Repertoire_indicateurs_ANAP.pdf)

MEAH. *Gestion du temps de travail des soignants. Guide de bonnes pratiques organisationnelles*. Visité le 18 septembre 2014, disponible sur internet : [http://www.anap.fr/uploads/tx/sabasedocu/BPO\\_Temps\\_soignants.pdf](http://www.anap.fr/uploads/tx/sabasedocu/BPO_Temps_soignants.pdf)

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : L'arbre à thèmes	p II
ANNEXE 2 : Guide d'entretien DS, DRH, DG	p III
ANNEXE 3 : Guide d'entretien CSS	p IV

**ANNEXE 1**  
**ARBRE A THEMES**

<b>Contexte organisationnel et institutionnel</b>	<b>1. Organisation polaire</b>	Contrat de pôle/ délégation de pole. Tableaux de bord de suivi de l'activité et des effectifs.
	<b>2 Management</b>	Participation de l'encadrement à la politique d'établissement en termes de redimensionnement. Accompagnement des professionnels (étude de la charge en soins dans calcul effectif cible). Lien DSI /DRH.
	<b>3. Culture</b>	Valeurs. Appartenance à un pôle/ service.
	<b>4. Performance</b>	Plan de retour à l'équilibre. Outils de suivi.
<b>Polyvalence des professionnels</b>	<b>1. Organisation de l'entraide</b>	Au niveau du pôle/ du CH. Culture entraide. Adéquation effectifs / activité.
	<b>2. Gestion des compétences</b>	Réponse aux besoins des services. Evaluation des agents.
	<b>3. DPC</b>	Axes priorités en lien avec le projet d'établissement ou de pôle. Projet formation de la DSI.
<b>Les parcours de soins</b>	<b>1. Identification des besoins des patients du territoire</b>	PRS. Filières existantes ou à développer.
	<b>2. Projet établissement</b>	Activité à développer. Coopération sur le territoire.
	<b>3. Qualité et sécurité de la PEC</b>	Performance de la PEC. Organisation des services.



**ANNEXE 2**  
**GRILLE D'ENTRETIEN DS, DRH et DG**

**1- Dans votre ES, comment sont évalués les besoins des patients du territoire ?**

- a. Quelles sont les attentes de l'ARS ?
- b. Comment l'ES répond-il à ces attentes ?
- c. Répondez-vous aux besoins du patient en menant une réflexion en termes de parcours de soins ou de filière de soins ?

**2- Dans le cadre des réorganisations de service, comment redimensionnez-vous les équipes ?**

- a. Quels outils utilisez- vous ?
- b. Comment garantissez-vous la qualité de la prise en charge des patients?
- c. Que mettez-vous en place dans le cadre de la gestion prévisionnelle des métiers et compétences ?
- d. Comment développez-vous la polyvalence sur certains services ?

**3- Pour assurer un bon niveau de performance, quels sont les indicateurs mis en place sur l'ES ? sont-ils suffisants ?**

- a. Comment les équipes d'encadrement s'approprient-elles ces indicateurs ?
- b. En quoi l'organisation en pôle facilite le suivi de la performance, quel est le rôle du pôle ?

## **ANNEXE 3**

### **GRILLE D'ENTRETIEN CSS**

#### **1- Quel est votre rôle dans le cadre des réorganisations de service ?**

- a. Comment accompagnez-vous les CS ou les agents dans ces changements ?
- b. Quels sont les outils dont vous disposez pour mener à bien les réorganisations ?
- c. Comment suivez-vous l'activité de votre pôle?
- d. Comment avez-vous géré le développement des compétences?

#### **2- Que pensez-vous des filières de soins dans le cadre du parcours de soins, sont-elles mises en place ?**

- a. Répondent-elles aux besoins des patients ?
- b. Comment assurez-vous la qualité de la prise en charge des patients dans le cadre des restructurations ?

#### **3- Les pôles ont-ils joué un rôle dans l'organisation des parcours de soins ?**

- a. Comment se sont-ils réorganisés ? (sous forme de filière?)

FOREY

Arielle

Décembre 2014

## DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2014

# LES RESTRUCTURATIONS A L'HOPITAL : QUELS LEVIERS D'ACTION POUR LE DIRECTEUR DES SOINS

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE

### **Résumé :**

Dans un contexte de contraintes budgétaires, les établissements de santé sont confrontés à l'obligation de performance. Cette dernière, passe, bien souvent, par des restructurations qui touchent les organisations soignantes. Le directeur des soins a un rôle stratégique dans l'accompagnement de ces changements, tout en étant garant des soins de qualité et en toute sécurité pour l'utilisateur.

Il s'appuie sur son expertise soignante, sa connaissance de l'environnement de l'établissement et des études médico-économiques pour mener à bien les projets. Plusieurs leviers d'action peuvent être mobilisés par le directeur des soins : le développement des compétences des professionnels pour une meilleure polyvalence dans le regroupement de services ou la création de nouvelles activités. Il peut également s'appuyer sur le suivi de divers indicateurs d'activité et de charge en soins afin d'assurer une meilleure performance des organisations. Enfin la réflexion sur le parcours de soins du patient peut permettre d'apporter une réponse adaptée aux besoins de ce dernier et nécessite une bonne connaissance des structures existantes et le développement de coopérations professionnelles sur le territoire.

### **Mots clés :**

Restructuration, polyvalence, performance, gestion prévisionnelle des métiers et compétences, parcours de soins, management stratégique

*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.*