



Filière Directeur des Soins

Promotion : **2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Pour une fonction contrôle du directeur
des soins pertinente et efficiente**

Sylvie Nicol

Remerciements

Je tiens à remercier :

Marie-Renée Padellec, tuteur de positionnement pour son soutien, son accompagnement et ses conseils avisés tout au long de cette année.

François Giraud-Rochon, pour son aide méthodologique et nos échanges toujours constructifs.

Les professionnels qui m'ont accueillie et ont su se rendre disponibles dans le cadre de ce travail de recherche.

Je souhaite également faire un clin d'œil à la promotion Charlie et plus particulièrement à Christine, Fabienne et Isabelle sans qui cette année n'aurait pas été aussi agréable à vivre.

**« Les gens qu'on interroge, pourvu qu'on les interroge bien,
trouvent toujours les bonnes réponses ».**
Socrate – philosophe grec (470 – 399 av. JC)

Sommaire

Introduction.....	7
1 Cadre de référence.....	10
1.1 Le Pôle : modification structurelle apportée par la nouvelle gouvernance....	10
1.1.1 Les acteurs.....	11
1.1.2 Le projet de pôle	12
1.1.3 Le contrat de pôle	12
1.1.4 Les délégations	14
1.2 Le directeur des soins et l'organisation en pôle d'activité.....	15
1.2.1 L'évolution du directeur des soins à travers les réformes	15
1.2.2 La place du directeur des soins face aux pôles d'activité	16
1.2.3 Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.....	17
1.3 Focus sur la fonction contrôle : du contrôle à l'évaluation.....	17
1.4 Du management opérationnel au management stratégique.....	18
2 Enquête de terrain.....	20
2.1 Méthodologie de l'enquête.....	20
2.1.1 Les outils	20
2.1.2 Présentation des sites étudiés	20
2.1.3 Les acteurs.....	21
2.1.4 Les limites	22
2.2 Résultats.....	23
2.2.1 L'organisation polaire	23
2.2.2 L'organisation des soins	26
2.2.3 La gestion de l'encadrement	29
2.2.4 L'évaluation	31
2.2.5 La fonction contrôle	32
2.2.6 La gestion des effectifs	34

2.2.7	Le projet de soins.....	35
2.3	Analyse des résultats au regard des hypothèses émises.....	35
2.3.1	La mise en place des pôles incite à une délégation forte, ce qui prive le directeur des soins de sa fonction contrôle.....	35
2.3.2	La formalisation d'un projet de pôle se substitue au projet de soins de la direction des soins	37
2.3.3	Le volet qualité du contrat de pôle est construit sans concertation entre direction qualité et direction des soins.....	37
3	Préconisations.....	39
3.1	Le projet managérial du directeur des soins : asseoir sa fonction contrôle...	40
3.1.1	Renforcer la professionnalisation	40
	Le dispositif de fonctionnement.....	40
	Le dispositif d'évaluation.....	41
3.1.2	Cultiver la cohésion : élément clé d'un contrôle efficient.....	43
	Formation et accompagnement.....	43
	Communication.....	44
3.2	Le Projet de soins comme fil conducteur.....	44
3.3	De la collaboration à la coopération.....	45
3.4	La communication de données.....	46
	Conclusion.....	48
	Bibliographie.....	50
	Liste des annexes.....	52

Liste des sigles utilisés

CGS : coordonnateur général des soins

CLAN : comité de liaison alimentation nutrition

CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales

CLUD : comité de lutte contre la douleur

CME : commission médicale d'établissement

CP : cadre paramédical de pôle

CREA : compte de résultat analytique

CREF : contrat de retour à l'équilibre financier

CREX : comité de retour d'expérience

CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

CSSI : commission du service de soins infirmiers

CV : curriculum vitae

DQGR : direction de la qualité et de la gestion des risques

DRH : directeur / direction des ressources humaines

DS : directeur des soins / direction des soins

DSSI : directeur du service de soins infirmiers

EI : événements indésirables

EPP : évaluation des pratiques professionnelles

GHT : groupement hospitalier de territoire

Loi HPST : loi portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

PACQSS : projet d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

PCME : président de la commission médicale d'établissement

RMM : revue de morbidité-mortalité

Introduction

Les réformes hospitalières se succèdent ces dernières années pour garantir le meilleur accès aux soins et leur qualité. Ces mutations entraînent un bouleversement des pratiques managériales dans un souci d'optimisation des prestations.

Le directeur des soins (DS) occupe aujourd'hui une place centrale dans la dynamique de l'hôpital. En effet, sa place au sein de l'hôpital a évolué concomitamment à l'évolution du système de santé. Depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance et la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 (dite loi HPST), bouleversant profondément l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, certaines de ses missions et de ses responsabilités ont été modifiées. Le directeur des soins a donc dû, au même titre que les autres professionnels de l'établissement, trouver sa place dans cette nouvelle organisation. En tant que manager de la politique de soins, le DS, en raison de ses fonctions, est directement en lien avec les professionnels paramédicaux qu'il encadre. Il est, en tant que directeur adjoint, intégré dans l'équipe de direction, il participe à ce titre au maintien de la cohérence institutionnelle de l'établissement et à la définition de sa stratégie. Avec la mise en place des pôles et la possible acquisition de prérogatives importantes de la part des chefs de pôle, le directeur des soins n'a pas abandonné pour autant son rôle de supérieur hiérarchique des personnels paramédicaux.

La mise en place de la nouvelle gouvernance et des pôles d'activité a suscité, auprès de l'encadrement supérieur de notre établissement, un questionnement autour de la place laissée à la direction des soins et l'autonomie qu'allait pouvoir acquérir le cadre paramédical de pôle, notamment en terme de gestion d'effectif. Positionné dans les deux ans précédant la formation en tant que faisant fonction de directeur des soins dans ce même établissement, nous nous sommes questionné sur notre positionnement en matière de contrôle à travers diverses situations. Nous avons participé avec le coordonnateur général des soins (CGS) à la reconstitution d'une partie de l'encadrement paramédical de pôle. Nous avons alors constaté des pratiques différentes allant du rendre compte systématique à une volonté d'autonomisation franche. Lors de la mise en œuvre du projet de soins, le CGS a demandé à chaque cadre paramédical de pôle de prioriser et décliner les axes du projet au regard du projet de pôle. Ce travail a donné lieu à de multiples échanges entre direction des soins et cadre paramédical de pôle pour expliciter la démarche (demande d'objectifs prioritaires et d'indicateurs de suivi). Les CP trouvaient ce travail redondant avec le projet et le contrat de pôle, démultipliant les indicateurs à suivre. Ils n'en comprenaient pas tous l'intérêt et estimaient avoir suffisamment d'indicateurs à prendre en compte avec le contrat de pôle. Par ailleurs, nous avons eu à évaluer, dès la prise de fonction, une partie des cadres de proximité : comment évaluer un cadre à partir seulement du guide d'entretien institutionnel et

du ressenti de fonctionnement ? Depuis une dizaine d'années, la fonction contrôle du cadre a été formalisée avec l'encadrement et largement débattue au sein de l'établissement. Nous avons pu constater qu'aujourd'hui cette fonction est abordée notamment dans les rapports d'étonnements des cadres nouvellement nommés sans y donner tout son sens : qu'est-ce que je contrôle, pourquoi je contrôle et qu'est-ce que je fais de ce contrôle ? Cette dérive provient peut être d'une fonction contrôle du directeur des soins, elle-même insuffisamment explicite. Parallèlement à notre arrivée à la direction des soins, le département qualité a été remanié avec la prise de fonction d'un coordonnateur médical de la qualité et de la gestion des risques ainsi que d'un cadre supérieur responsable qualité. Ce binôme très efficace et productif a mis en exergue l'interface département qualité – direction de soins et notre vigilance a été accrue quant aux domaines traités par les uns et les autres.

La loi HPST et le décret du 11/06/2010¹ font du pôle la seule structure obligatoire de l'hôpital, apportant une identité renforcée au chef de pôle et confirmant le pôle dans sa fonction de support privilégié du pilotage interne. Cette réforme se veut structurante. Elle désigne le pôle comme le lieu de déclinaison de la stratégie médicale et comme un nouvel espace de management. C'est l'entrée dans une logique de contractualisation interne avec des indicateurs de résultats relatifs à l'efficience et à la qualité des soins. C'est aussi l'acculturation du chef de pôle au rôle de manager, appuyé dans ses missions par le cadre soignant et le cadre administratif assurant le dialogue de gestion avec obligation de rendre compte. Il ne s'agit plus d'un management pyramidal mais fonctionnant en réseau de coresponsabilité avec des délégations adaptées au contexte de chaque établissement.

Dans le contexte contraint actuel et au regard de la gouvernance des établissements de santé, comment le directeur des soins, garant de la qualité des soins, de la mise en œuvre du projet de soins, peut-il exercer sa fonction contrôle ? Le directeur des soins, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), est membre de droit du directoire. A ce titre, il participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs du pôle dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (SIRMT). Il organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique de soins de l'établissement.² Quel projet managérial doit-il adopter entre un positionnement stratégique et un positionnement opérationnel, ou organisationnel ? Comment le directeur des soins s'assure-t-il de la qualité des soins ? Quelle place pour le directeur des soins dans l'organisation en pôle d'activités ? La fonction contrôle est-elle assurée par le cadre paramédical de pôle, le chef de pôle, le responsable qualité ? La mise

1 Décret du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité cliniques ou médico-techniques

2 Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

en place des pôles et les attributions données au chef de pôle remettent en cause la ligne managériale des établissements de santé. Il s'agit alors de s'interroger sur la place des directions fonctionnelles et notamment sur celle de la direction des soins : direction experte à la double fonction de support et de contrôle ?

L'ensemble de ce questionnement nous amène à formuler ainsi notre question de départ :

« En quoi la mise en place des pôles et la contractualisation réalisée avec l'exécutif de pôle impacte l'exercice de la fonction contrôle du directeur des soins ? »

Et nous amène aux hypothèses suivantes :

- ✧ La mise en place des pôles incite à une délégation forte, ce qui prive le directeur des soins de sa fonction contrôle.
- ✧ La formalisation d'un projet de pôle se substitue au projet de soins de la direction des soins.
- ✧ Le volet qualité du contrat de pôle est construit sans concertation entre direction qualité et direction des soins.

Ce sont ces questions et ces axes de travail que nous allons explorer au travers de l'étude de trois centres hospitaliers de régions différentes, ayant vécu ou vivant des restructurations importantes de leurs organisations et de leur offre de soins avec une prise de fonction récente du directeur général et/ou du directeur des soins.

La première partie de notre travail permettra d'objectiver le cadre de référence de notre travail au regard de notre problématique. La deuxième partie décrira la démarche réalisée sur le terrain et les résultats analysés de nos enquêtes. Enfin la dernière partie proposera un certain nombre de préconisations qui permettront au directeur des soins de construire une fonction contrôle la plus efficiente possible pour l'institution, pour l'encadrement et surtout pour une prise en charge de qualité de la population accueillie.

1 Cadre de référence

Il s'agit ici de décrire le cadre d'étude - mise en place des pôles et évolution du métier de directeur des soins - selon le législateur et d'illustrer de manière conceptuelle les notions de projet, de contrôle, de délégation et de management. Cela doit nous permettre de préciser le contexte dans lequel se déroule notre étude.

1.1 Le Pôle : modification structurelle apportée par la nouvelle gouvernance

La performance des établissements de santé est désormais conditionnée par celle des pôles d'activité clinique et médico-technique créés par l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 et confortée par la loi HPST. « La performance d'une organisation se caractérise par son aptitude à atteindre les objectifs qu'elle s'est fixée, dans le cadre de sa stratégie, en se comparant de façon pertinente, tout en minimisant dans la mesure du possible les moyens nécessaires employés ».³ La loi organique relative aux lois des finances (LOLF) propose de passer d'un système de management public basé essentiellement sur le contrôle des dépenses à un management de la performance basé sur l'efficacité et l'efficacités comprenant un volet évaluation caractérisé par la qualité, la transparence, la pertinence, et la cohérence des actions.

Les pôles, par une gestion plus directe et en favorisant les synergies entre les services du pôle, représentent un enjeu majeur de la performance des hôpitaux. La mise en place des pôles répond notamment à la demande du corps médical d'être davantage associé à la gestion de l'établissement et de rapprocher le processus décisionnel au plus près de la prise en charge. Ces pôles pilotés par des médecins et dont l'assise est plus large que celle des traditionnels services doivent permettre d'améliorer la gestion de l'activité de soins. L'ordonnance du 2 mai 2005 prévoyait la nomination d'un cadre paramédical (CP) et d'un cadre administratif pour assister le responsable médical, marquant l'apparition de la notion de trio de pôle. La loi HPST évoque un ou plusieurs collaborateurs auprès du chef de pôle. Le cadre général de leurs missions s'est peu à peu dessiné dans chaque établissement en fonction des orientations institutionnelles, des dispositions de délégation de gestion, de l'impulsion donnée par le médecin chef de pôle et des diverses compétences des cadres. Les modalités de fonctionnement varient selon les établissements, les pôles, et la personnalité de chacun. « *L'institution hospitalière est invitée à se transformer en entreprise de santé* »⁴.

3 F. Clarge et P. Gless – 2012 – La performance globale dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

4 V. de Gaulejac – Sociologue, Professeur à l'UFR de sciences sociales de l'université Paris 7 Diderot

1.1.1 Les acteurs

Le chef de pôle

Le rôle du chef de pôle consiste principalement à assurer une mission d'organisation, de gestion et de contrôle avec les responsabilités qui en découlent : tableau de service, continuité des soins... Un seul élément d'ordre managérial figure dans la loi HPST : « le chef de pôle organise la concertation ». Dans un contexte contraint, le chef de pôle doit apprendre à ne s'occuper que de l'essentiel. Pour cela il doit déléguer aux chefs de service et aux cadres du pôle ce qui relève de la gestion du quotidien et se donner du temps pour soutenir les équipes, conduire et animer les projets. Plus que gestionnaire, il devra se positionner en pilote et se doter d'une capacité d'anticipation, assurant au mieux le succès des projets portés par le collectif du pôle.

Le chef de pôle a une marge de manœuvre y compris dans la gestion des ressources humaines du pôle⁵. Le chef de pôle possède une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des agents du pôle et les évalue, il conduit la politique du pôle. L'autorité fonctionnelle qui se distingue de l'autorité hiérarchique consiste en l'attribution d'un pouvoir d'encadrement et d'organisation du travail en l'occurrence au chef de pôle pour organiser le pôle. Cet énoncé a été introduit par l'ordonnance du 2 mai 2005 et a été maintenu par la loi HPST. Toutefois, ce pouvoir n'inclut pas les prérogatives liées à la qualité d'autorité investie du pouvoir de nomination, détenues par le directeur et qui portent entre autres sur le recrutement, la gestion des carrières, le pouvoir de nomination et le pouvoir disciplinaire, ces attributions relevant du pouvoir hiérarchique.

L'inscription du chef de pôle dans une ligne hiérarchique rend logique la nécessité de rendre compte, de soumettre ses décisions et résultats à un contrôle et une évaluation qui passent par la contractualisation interne. Confier au chef de pôle une autorité fonctionnelle, c'est lui donner les moyens de mettre en œuvre le projet de pôle et respecter le contrat signé, une autorité nécessaire à la réalisation des objectifs fixés au contrat.

Le cadre paramédical de pôle

Le CP assure une cohérence dans la prise en charge des patients. Il accompagne et valorise les équipes. Situé à l'interface du pôle et de l'établissement, il a une double responsabilité : décliner la politique institutionnelle au sein de pôle et participer à la mise en œuvre du projet et du contrat de pôle. La proximité initiale du CP avec la direction des soins a évolué au fur et à mesure vers une nouvelle proximité avec le praticien chef de pôle et le directeur délégué s'il y a. L'attachement à la direction des soins s'est vu progressivement concurrencé par un lien au pôle d'activité. Le CP oscille en permanence entre la dimension institutionnelle de la fonction en lien avec la direction des soins et la dimension polaire en lien avec le chef de

5 Décret du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité cliniques ou médico-techniques

pôle. Alors qu'il était hier en position hiérarchique simple, il doit désormais se penser en position de responsable pour devenir force d'impulsion et d'initiative au niveau du pôle. Et si ses fonctions sont claires, son positionnement reste double, entre l'appartenance au trio de pôle, sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle et sa place dans la hiérarchie soignante, sous l'autorité de la direction des soins.

Le cadre administratif

Assistant de gestion, il est chargé d'apporter les éléments d'éclairage aux décisions susceptibles d'être prises par le pôle. Son rôle n'est pas seulement de contrôler et suivre les dépenses ou encore de faire remonter des informations mais aussi de faire le lien entre l'administration et le pôle et d'établir des canaux de communication.

Le directeur référent

Le directeur référent est désigné par le directeur général de l'établissement comme l'interlocuteur de chacun des pôles. Positionné hors pôle, il joue un rôle de facilitateur et d'interface entre le pôle et l'ensemble de ses interlocuteurs institutionnels, il assure une fonction de personne ressource et de conseil. Il est aussi le garant du respect des règles et des procédures définies.

1.1.2 Le projet de pôle

Le décret du 11 juin 2010 précise que le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et les responsabilités confiées aux structures internes, services ou unité fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Le projet doit également prévoir les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découle. Le chef de pôle élabore un projet de pôle, dans un délai de trois mois après sa nomination ou dans le délai de trois mois après la conclusion du contrat de pôle.

« Les projets des pôles doivent être cohérents entre eux. Ils doivent l'être également avec le projet médical, le projet de soins, le projet d'établissement. Cette cohérence est assurée au sein du directoire qui est concerté aussi sur la signature des contrats de pôle ».⁶

1.1.3 Le contrat de pôle

Le décret du 11 juin 2010 précise que, sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, le contrat de pôle est conclu pour une période de quatre ans. Ce contrat précise les objectifs et les moyens du pôle après avis du président de la commission médicale

6 La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre - Guide ANAP

d'établissement (PCME) pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical comme le stipule la loi HPST. Le contrat poursuit cinq buts :

- ⤴ Définir les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués ;
- ⤴ fixer les indicateurs permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs ;
- ⤴ définir le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans certains domaines ;
- ⤴ préciser le cas échéant les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion ;
- ⤴ préciser le rôle du chef de pôle dans la gestion des effectifs médicaux et paramédicaux.

Le directoire doit disposer d'une information pertinente sur les pôles, informer en retour ces derniers sur leur performance et les mobiliser sur la stratégie, le pilotage opérationnel étant assuré par le pôle. Le dialogue de gestion est alors indispensable et permet de suivre les contrats de pôle. La démarche de contractualisation correspond au développement d'une logique de responsabilisation. L'expérience⁷ a montré que la responsabilisation à un niveau décentralisé a un effet vertueux sur l'organisation, la qualité et le bon usage des moyens, à la condition toutefois que les établissements mettent en place un dispositif de reporting partagé. La contractualisation répond à un besoin d'efficacité, d'équité, et de cohérence entre les différents acteurs internes et externes. La direction construit des contrats d'objectifs qui responsabilisent les équipes hospitalières car le soin a un coût et les moyens demandés doivent être argumentés.

Le contrat de pôle est un nouveau mode relationnel basé sur la capacité d'initiative des acteurs du pôle, la délégation de responsabilités et la culture de résultats. Le contrat de pôle est un levier important de changement aussi bien pour les directions désormais davantage tournées vers des missions d'expertise, de conseil et de contrôle, que pour les chefs de pôle et leurs collaborateurs qui rentrent dans une logique de pilotage opérationnel. Les signataires du contrat de pôle s'engagent sur les principes généraux de fonctionnement et de management qui constituent le socle commun et définissent la contribution attendue du pôle au projet médical et au projet de soins. Ainsi le contrat est un élément incontournable dans le dispositif managérial du chef de pôle. Il décrit les moyens, les objectifs fixés, et à l'aide d'indicateurs, l'évaluation des résultats obtenus. Il constitue un élément objectif sur lequel le chef de pôle peut s'appuyer en externe avec le directeur et le président de la

7 Rapport du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé – 2010 dit Rapport Fourcade

commission médicale d'établissement et en interne avec les équipes médicales et soignantes pour fixer les règles du jeu.

Pour ce faire, le chef de pôle doit à tout instant disposer d'un ensemble d'informations, cohérentes et précises lui permettant d'assurer la conduite du contrat. Ces informations doivent être regroupées dans un document unique, structuré et illustré par des tableaux et des graphiques lui permettant de visualiser et comprendre l'état d'une situation avant de prendre des décisions. Le tableau de bord est l'outil de management par excellence. Outil de communication, il permet de faire dialoguer les acteurs par les informations qu'il contient. Le tableau de bord doit reprendre des indicateurs pertinents et exploitables, indicateurs de qualité des soins, indicateurs mesurant l'activité et indiquant les capacités et les effectifs utilisés.

1.1.4 Les délégations

La délégation est un des axes les plus forts du management, il s'agit là de déléguer des missions et des responsabilités, pas seulement des tâches et ainsi donner des moyens à nos collaborateurs qui leur permettent de devenir autonome. Déléguer permet de bâtir une cohésion d'équipe et donne à chacun une opportunité d'agir.

Les délégations de gestion lors de la réforme de l'ordonnance du 2 mai 2005 avaient pour but d'associer les médecins à la gestion. La mise en place de délégation doit permettre aux acteurs délégataires de mieux s'impliquer, de s'affirmer dans leur rôle et leur mission, de conforter leurs connaissances et compétences, l'objectif étant d'améliorer l'organisation et son efficacité : faire plus et mieux avec moins.

Avec la réforme de la loi HPST, le terme délégation disparaît mais sa réalité demeure sous deux formes : d'une part l'association des chefs de pôle à la gestion des ressources de leur pôle, d'autre part la faculté d'engager des dépenses en fonction de la délégation de signature que le directeur aura accordée. La délégation révèle la marge de manœuvre laissée aux chefs de pôle et à leurs équipes dans le pilotage de leur structure.

Il s'agit de repositionner toutes les directions sur la stratégie mais également sur l'expertise, le coaching et surtout l'évaluation des actions qui au préalable n'était que peu réalisée avec comme objectif de remplacer le faire direct par le faire faire.

1.2 Le directeur des soins et l'organisation en pôle d'activité

1.2.1 L'évolution du directeur des soins à travers les réformes

Dès la fin des années 1960, des chefs d'établissements nomment à leurs côtés des « surveillantes générales » issus de la filière infirmière avec comme objectif la coordination des équipes soignantes de l'établissement. La notion de service infirmier apparaît en 1975⁸ : « il apparaît que l'action de l'infirmier ou infirmière générale dont le rôle se situe auprès du directeur général ou d'établissement et à l'intérieur de l'équipe de direction devra tendre essentiellement à donner au service infirmier de l'établissement la possibilité d'exercer sa fonction dans les meilleures conditions psychologiques et d'obtenir ainsi la plus grande efficacité possible ». Avec la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, la notion de service infirmier évolue pour devenir « le service de soins infirmiers » en précisant qu'il « est créé dans chaque établissement un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction ». Vient ensuite la création de la commission du service des soins infirmiers (CSSI) présidée par le directeur du service de soins infirmiers (DSSI). Le décret du 19 avril 2002⁹ crée le statut particulier de directeur des soins, ce qui constitue une évolution majeure dans la fonction avec l'extension de zone de responsabilité aux trois filières – infirmière, rééducation, médico-techniques -. L'ordonnance du 2 mai 2005 rappelle le rôle essentiel du DS dans la coordination des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, mission qu'il exerce notamment en s'appuyant sur la commission ad hoc. La loi HPST finalise les évolutions managériales initiées par cette ordonnance : le CGS, président de la CSIRMT, devient membre de droit du directoire, membre avec voix consultative de la Commission médicale d'établissement (CME). Cette évolution se concrétise avec le décret du 29 septembre 2010¹⁰. Le CGS est membre de l'équipe de direction. En tant que membre du directoire, il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement. Il participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins IRMT.¹¹ Sous l'autorité du directeur d'établissement :

- Il organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins.
- Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins IRMT et en

8 Décret n° 75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics.

9 Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

10 Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

11 Article 4 du décret du 29 septembre 2010

assure l'animation et l'encadrement.

- Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins IRMT, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins.
- Dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il est associé au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au directeur l'affectation de ces personnels, au niveau des pôles, en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et en tenant compte des compétences et qualifications.

En 40 ans, nous sommes passés de l'appellation « Infirmier général » en charge du service de soins infirmiers à « directeur des soins » en charge du service de soins IRMT, avec une place en équipe de direction et au sein du directoire en tant que président de la CSIRMT.

1.2.2 La place du directeur des soins face aux pôles d'activité

Le passage à une dimension plus politique et stratégique du DS a renforcé sa place et son rôle dans la conduite de projet pour améliorer les organisations et leur efficacité. Sa valeur ajoutée est son expertise en organisation des soins et sa connaissance de la réalité du contexte environnemental de l'hôpital. Cela lui permet d'apporter son aide dans la prise de décision au sein d'une équipe de direction. Il est aussi un chef de projet, responsable de la conception, de la mise en œuvre et de la coordination de la politique de soins des paramédicaux durant le parcours du patient et ce dans un souci de qualité et sécurité des soins.

D'une organisation très pyramidale et centralisée, la direction des soins s'est trouvée dans l'obligation de repenser son mode de fonctionnement. La logique de collaboration et de coordination voire de coopération se substitue à la logique hiérarchique.

Pour éviter la balkanisation des pôles, la coordination par le DS est nécessaire. Il donne les orientations du projet de soins et s'assure de leur mise en œuvre. Il fédère les cadres de pôle autour de ce projet pour les positionner dans leur rôle de stratège et de moteur au sein des pôles. Il se positionne ainsi en soutien des CP, à condition d'avoir connaissance des spécificités de chaque pôle pour orienter au mieux les cadres. La notion de travailler ensemble prend alors tout son sens avec l'instauration d'un climat de confiance et d'une certaine transparence dans les relations. Il repère les potentiels et manage les projets transversaux d'amélioration de la qualité. Le DS, qui a la connaissance de la politique de l'établissement de santé du fait de sa participation au directoire, possède une vision globale de l'activité et maîtrise davantage les zones d'incertitude, les enjeux et les marges de manœuvre que les CP. Face à des pôles qui seraient tentés par une plus grande autonomie, le DS est garant d'un certain équilibre dans la mise en œuvre et la coordination du projet de

soins. L'évolution respective du DS et du CP va dans le sens d'une plus grande coopération.

1.2.3 Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Le projet, « la pensée », se distingue de la réalisation, « le faire » pour passer du dessein au dessin. Si le Nouveau Littré définit le projet comme « ce que l'on a l'intention de faire dans un avenir plus ou moins éloigné », la norme NF EN ISO 9000 précise qu'il s'agit « d'un processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques incluant des contraintes de délais, de coûts et de ressources ». ¹² Ainsi, en fonction de l'objectif poursuivi, le projet peut se limiter à la seule intention de faire, représenter un travail préparatoire ou fédérer les moyens nécessaires à sa réalisation.

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, est un outil de formalisation des orientations et objectifs de la politique de soins qui porteront les actions de pratique clinique, d'organisation, de formation et de recherche. Il donne du sens à l'action. Pour élaborer un projet de soins – tout comme le projet de pôle – l'élément essentiel est une connaissance des méthodologies de base à employer : la démarche projet, l'élaboration d'objectifs et d'indicateurs. Il est aussi nécessaire de définir en équipe les notions de responsabilités, de délégation, d'évaluation et de communication.

Le projet de soins est l'expression collective des professionnels paramédicaux. Il définit les orientations et les priorités de la prise en charge du patient dans les différentes dimensions du soin : préventif, éducatif, relationnel, curatif et palliatif. Il fait partie intégrante du projet d'établissement et s'articule avec le projet médical, le projet d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, le projet social dans un contexte de besoins en santé d'une population sur un territoire donné.

1.3 Focus sur la fonction contrôle : du contrôle à l'évaluation

La mise en place de modes de contrôle dans une organisation est inhérente à la notion d'organisation et à celle de management. Vouloir organiser sous-entend la recherche d'un minimum d'ordre, le fait de manager sous-entend la volonté de vérifier que les comportements sont adaptés aux attentes. Dans les théories d'organisation du travail, F.W. Taylor¹³ estime que le système de contrôle passe par un système d'information, H. Fayol¹⁴

12 Dictionnaire de la qualité, AFNOR, 2003, page 149

13 F.W. Taylor (1856-1917) père de l'organisation scientifique du travail.

14 H. Fayol (1841–1925) ingénieur, pionnier de la gestion d'entreprise et précurseur du management.

identifie le contrôle à travers la fonction administrative qui est à développer pour améliorer l'efficacité de l'entreprise, la théorie de la gouvernance quant à elle développe l'efficacité des systèmes d'incitation dans le cadre des relations contractuelles. JD Reynaud¹⁵ en définissant la régulation de contrôle et la régulation autonome montre que la réalité est faite d'ajustements entre les deux formes de régulation. Il n'y a pas de contrôle sans un minimum d'autonomie, et pas d'autonomie sans un minimum de contrôle. D'aucun dise que « Le contrôle serait négatif, méchant et l'évaluation, positive, gentille ; jusqu'à croire que moins il y aurait de contrôle, plus il y aurait de l'évaluation ». ¹⁶

Dans l'évaluation, nous retrouvons des pratiques très différentes qui vont du contrôle pur et simple en passant par des formes de contrôle déguisé jusqu'à quelquefois la production de connaissances et d'intelligence au service de ceux qui s'y impliquent. L'évaluation ne rejette aucunement la nécessité du contrôle mais en précise la portée.

Contrôler c'est comparer un référent (gabarit) et un référé (objet à évaluer) pour vérifier le changement. Le contrôle est un indicateur plus que nécessaire dans le travail d'évaluation à condition que son usage ne soit pas mécanique, systématique.

De même, l'évaluation ne peut être réduite au contrôle. Savoir quand on doit contrôler permet aussi de savoir quand on doit cesser de le faire et quand s'impose l'autre logique de l'évaluation : l'accompagnement. Le contrôle n'est qu'une des deux logiques de l'évaluation. Le contrôle est dans le rendre compte, il consiste à piloter le changement, il est dans la résolution de problème, pour la rationalisation des pratiques. Le reste de l'évaluation est dans le « rendre intelligible », consiste à accompagner le changement, c'est à dire prendre en compte ce qui importe pour valoriser le changement. Évaluer signifie d'abord identifier et communiquer le sens, l'essentiel, ce qui importe dans ce qu'on fait : ce qui vaut. Évaluer c'est donc contrôler et interpréter, surveiller et questionner le sens de ce qu'on fait. L'évaluation contribue à créer chez les professionnels plus d'autonomie, plus de fonction critique, plus de créativité, plus d'adaptabilité aux contextes. Dans un processus d'évaluation, il n'y a pas d'une part un évaluateur et d'autre part un évalué même si les positions institutionnelles et les rapports de forces sont dissymétriques. Tous participent à l'évaluation, tous évaluent et tous sont évalués.

1.4 Du management opérationnel au management stratégique

On distingue traditionnellement deux types de management : le management stratégique et le management opérationnel.

Le premier est lié aux fonctions de direction, le deuxième concerne plus concrètement le

15 J.D. Reynaud (1922-) professeur de sociologie du travail au Conservatoire des Arts et Métiers.

16 M. Vial, directeur de recherche et consultant, président de l'Institut RéseauEval'

management d'une unité avec les hommes et femmes qui la composent. Le manager opérationnel sera plus centré sur l'efficacité de fonctionnement de son unité et sur les membres de son équipe. C'est avant tout un meneur d'hommes au quotidien. Le management stratégique fixe la direction pour l'ensemble de l'organisation et détermine les moyens à mettre en œuvre, le management opérationnel vise à réaliser les objectifs fixés par le premier en animant un groupe de professionnels plus ou moins important au sein de l'organisation.

Le management opérationnel se réfère aux savoir-faire mis en œuvre pour organiser les processus nécessaires au maintien et au développement de l'organisation, c'est à dire coordonner et animer à court terme les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs fixés par le management stratégique. Ses acteurs sont des cadres moyens et subalternes directement en relation avec les acteurs opérationnels qui participent effectivement à la réalisation matérielle des objectifs. Il se décline en :

- ✦ management de projet
- ✦ management participatif
- ✦ management de la connaissance
- ✦ management par les compétences

Le management stratégique, par sa vision prospective, permet de définir les orientations de l'organisation qui ont un effet à long terme, durable et vital pour celle-ci et dont les conséquences sont difficilement réversibles. Il comprend :

- ✦ Le diagnostic stratégique : connaître les forces et les faiblesses de l'organisation ainsi que les opportunités et menaces générées par son environnement.
- ✦ Les choix stratégiques qui correspondent essentiellement à la définition des couples produit / marché et à fixer les objectifs à atteindre.
- ✦ Le déploiement stratégique qui vise à déterminer les moyens nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie.
- ✦ La planification stratégique : programme la mise en œuvre de la stratégie et son contrôle.

Si le directeur des soins a aujourd'hui une place plus stratégique (cf. Loi HPST), il n'en manage pas moins une équipe d'encadrement qui peut être conséquente (environ une soixantaine de personnes). En effet, le DS agit rarement seul, il est entouré d'une équipe qui l'aide dans la mise en place de la politique de la direction des soins. Il se retrouve alors en situation de management opérationnel. Oscillant entre management stratégique et opérationnel, le DS a pour objectif principal d'optimiser le mode d'organisation de son équipe afin d'accroître la performance et la mobilisation de ses collaborateurs.

2 Enquête de terrain

2.1 Méthodologie de l'enquête

2.1.1 Les outils

Le questionnaire exploratoire (annexe 1) : pour réaliser ce travail, nous avons questionné l'encadrement d'un centre hospitalier, terrain de notre premier stage en formation. Ce questionnaire exploratoire¹⁷ nous a permis d'objectiver que si la majorité des cadres répondants (annexe 2 : réponses au questionnaire) reconnaît une fonction contrôle au directeur des soins, leur représentation de cette fonction varie de la bienveillance au contrôle direct sur le terrain. La délégation aux cadres de pôle revient pour cinq personnes sur dix. Les différents éléments proposés permettant le « contrôle indirect » sont intéressants à prendre en compte pour construire la fonction contrôle du directeur des soins.

La grille d'entretien (annexe 3) : à partir des réponses au questionnaire exploratoire et du constat établi, nous avons élaboré un questionnement qui nous a permis de construire notre grille d'entretien. Nous avons fait le choix d'entretiens semi directifs, permettant de découvrir le fonctionnement de l'établissement. Nous avons exploré cinq domaines au regard des hypothèses posées : l'organisation en pôle - l'organisation des soins – la gestion de l'encadrement – l'évaluation – la fonction contrôle du DS. Les deux premiers thèmes ont été formulés pour recueillir des réponses à nos hypothèses, les trois autres thèmes pour nous permettre de comprendre l'organisation et alimenter nos préconisations. Tous les entretiens ont été réalisés en face à face et enregistrés. La gestion des effectifs a été spontanément abordée dans la majorité des entretiens bien que nous n'y ayons pas fait allusion. D'autre part, la thématique du projet de soins a été évoqué spontanément par un DS uniquement. Pour les autres professionnels, il nous a fallu questionner plus précisément sur le sujet. La restitution de ces entretiens est réalisée par domaine, par établissement et par catégorie professionnelle.

La recherche documentaire : elle nous a permis de préciser le thème de travail, d'alimenter le cadre de référence, de mettre en relief l'analyse comparative et d'enrichir la phase préconisations.

2.1.2 Présentation des sites étudiés

Notre choix d'étude a porté sur des établissements d'une capacité d'environ 1000 lits et places comprenant les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) – soins de suite – gériatrie – psychiatrie, profil d'établissement similaire à notre établissement qui sera

¹⁷ Taux de retour : 13 %

également celui de notre prise de fonction à l'issue de la formation.

Le premier établissement (CH A) consulté est issu d'une fusion (1998) de deux centres hospitaliers, il comprend deux sites, 944 lits et places, six pôles d'activités cliniques et médico-techniques. Le directeur général a pris ses fonctions en 2012. La direction des soins appelée DSO (direction des soins et des organisations) est composée d'un coordonnateur général des soins et d'un cadre supérieur de santé.

Le deuxième établissement (CH B) est issu d'une fusion de 2 centres hospitaliers (2005) qui a fait l'objet de la construction d'un nouvel hôpital (2012). Il comprend quatre sites, 982 lits et places, sept pôles. Le directeur général a pris ses fonctions en 2013. La direction des soins est composée d'un coordonnateur général des soins et d'un cadre supérieur de santé détaché à 50%.

Le troisième site (CH C) comprend trois établissements distincts en direction commune, cinq sites (trois centres hospitaliers et deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD), 1421 lits et places, 13 pôles. Le directeur général a pris ses fonctions en 2014. La direction des soins se compose d'un coordonnateur général des soins pour l'ensemble, un cadre supérieur de santé adjoint à la direction des soins sur chaque site principal. Au regard de la structure très différente des deux autres établissements, nous nous sommes limités à l'interview du DS.

Notre choix s'est porté sur les CH A et C au décours du travail en inter-professionnalité. Lors de ce travail de recherche, nous avons perçu l'impact de l'organisation polaire sur le positionnement du DS. Le choix du CH B s'est effectué après avoir échangé avec une de nos condisciples qui y était allée en stage et qui a été interpellée par l'implication du DS auprès des équipes.

2.1.3 Les acteurs

Nous avons fait le choix d'interviewer essentiellement des DS et des cadres de pôle et d'enrichir ces entretiens par la vision de personnes extérieures au service de soins mais partie prenante dans l'organisation institutionnelle et polaire. Nous avons ainsi pu rencontrer trois directeurs de soins, huit cadres de pôle, un directeur général, un directeur référent de pôle, un médecin chef de pôle.

Le profil des directeurs de soins et des cadres de pôle est le suivant :

CH A

DS	Nommée en 2012 – arrivée au CH en avril 2014
Cadre de pôle 1	Nommé et sur le pôle depuis 2012
Cadre de pôle 2	Nommée et sur le pôle depuis 2006
Cadre de pôle 3	Nommée et sur le pôle depuis 2014
Cadre de pôle 4	Nommée et sur le pôle depuis 2006

CH B

DS	Arrivée au CH en 2008
Cadre de pôle 1	Nommé en 2008, depuis 2012 sur le pôle
Cadre de pôle 2	Nommé et sur le pôle depuis 2012
Cadre de pôle 3	Nommé et sur le pôle depuis 2013
Cadre de pôle 4	Nommé et sur le pôle depuis 2012

CH C

DS	Nommée en 2014, arrivée au CH en mai 2014
----	---

2.1.4 Les limites

L'entretien semi directif nous place devant l'écueil de l'interlocuteur disert ou au contraire très peu bavard, il nous a fallu jongler entre la faculté de revenir au sujet et la faculté de reformuler les questions. L'autre difficulté a été de croiser les données au travers des verbatim de chacun. Par ailleurs, le public interviewé comprend un seul médecin (les médecins interpellés dans le CH A n'ont pas répondu à la demande) et il aurait été intéressant d'avoir aussi des interviews des responsables qualité. Enfin la recherche documentaire portant sur la fonction contrôle du DS s'est réduite aux lectures d'articles ayant trait au lien DS et CP.

2.2 Résultats

2.2.1 L'organisation polaire

CH A

Pour le directeur des soins : A l'arrivée du nouveau directeur, le nombre de pôles a été ramené de neuf à six. De nouvelles responsabilités ont été données au chef de pôle et cadre de pôle avec plus de délégations, le renforcement du binôme dans la gestion des activités s'est fait avec la nomination d'un directeur référent de pôle. Des séminaires ont été organisés (attentes et besoins – construction d'une charte de pôle – modèle de contrat – engagement dans le projet de pôle). Cela a suscité de la part des chefs de pôle la demande d'une plus grande autonomie : conduite des équipes dans les projets, avoir son mot à dire par rapport aux compétences des agents, droit de regard sur les fiches de poste, participation aux entretiens de recrutement, investissement dans le projet d'activité. Ils sont en attente de méthode et d'accompagnement. La main est donnée aux pôles sur la gestion pour qu'ils s'en emparent (« dépend de là où on place son orgueil ») ; ils ont la délégation de gestion des effectifs. « Les pôles défendent leur territoire jusqu'à écrire à l'ARS sans prévenir la direction ».

Pour les cadres paramédicaux de pôle :

Le chef de pôle :

CP 1 : « j'ai été nommé CP en même temps que le chef de pôle médical ; avant notre prise de poste, le pôle était une coquille vide, nous avons tout eu à mettre en place. Notre mission a été de créer un exécutif de pôle, de rendre les secteurs plus autonomes, de mettre en place un responsable médical par unité et de renouveler l'équipe de cadres. Nous formons un binôme étroit, complémentaire, un exécutif fort, sur la même longueur d'ondes : le chef de pôle apporte les idées, le CP met en forme, rationalise. »

CP 2 : « Le chef de pôle est gériatre et spécialisé en soins palliatifs, les axes du service sont donc naturellement le développement de la prise en charge de la personne âgée et le développement des formations aux soins palliatifs. »

CP 3 : « Nous nous rencontrons une fois par semaine avec le chef de pôle et le directeur référent qui est le DS. Le chef de pôle me laisse une grande autonomie sous condition de retour d'informations, la prise de décision est commune. »

CP 4 : « La collaboration avec le chef de pôle est permanente et fluide, tout se discute avec lui (effectif et organisation des soins). Nous assurons un suivi des tableaux de bord mensuels avec l'activité, les dépenses, l'absentéisme. »

Le bureau de pôle : il est réuni toutes les six semaines pour deux pôles, toutes les trois semaines pour un, tous les 15 jours pour un ; le bureau comprend la présence des cadres, des référents médicaux, des directeurs référents.

Le directeur référent : il n'a pas de positionnement marqué, il est relais auprès de ses

collègues, en fonction de soutien et d'appui ; un des CP précise qu'ils se réunissent en trio de pôle avant les bureaux de pôle mais le directeur référent n'étant pas soignant, il a du mal à comprendre les problématiques.

Contrat de pôle et délégations :

CP 1 : « Nous avons mis en place des indicateurs depuis deux ans, le projet de pôle est réécrit, le nouveau contrat doit bientôt être reçu mais reste nébuleux, il n'est pas abouti en terme de délégation. »

CP 3 : « C'est mon premier contrat de pôle, la méthodologie institutionnelle a été réfléchi en groupe de travail (auquel j'ai participé) avec formalisation d'une trame communiquée aux pôles, les indicateurs ont été définis par le groupe de travail, présentés par le directeur qualité au comité de direction et en directoire, les indicateurs sont mixtes (qualité et finance). »

CP 4 : « Aucune délégation de gestion sur aucun pôle, le nouveau contrat en intégrera-t-il ? Il n'y a pas d'enveloppe pour les remplacements, la négociation se fait avec le directeur des ressources humaines (DRH). »

Pour le directeur général : Le contrat de pôle est en cours d'élaboration et en attente de signature, il doit prendre en compte le partage des comptes de résultats analytiques (CREA), l'intégration de la notion qualité, la part d'intéressement financier, la mise en place des comités de retour d'expérience (CREX), les revues de morbidité mortalité (RMM), les évaluations des pratiques professionnelles (EPP), l'exhaustivité du codage. La trame est la même dans chaque pôle avec en plus les spécificités de chacun. Il a été réalisé par la direction qualité sans le DS. Le DS est un directeur comme un autre, il peut donc être directeur référent, il anime les cadres, il prend en charge tout problème du pôle, il est vecteur d'information via le comité de direction : « pas de passe-droit ».

CH B

Pour le directeur des soins : l'exécutif de pôle est constitué sur le papier d'un cadre paramédical de pôle (cadre supérieur de santé), d'un chef médical, d'un directeur référent, d'un cadre administratif. Le DS, à sa demande et par souci d'équité, n'a pas de pôle en référence car est en mission transversale, il intervient sur tous les pôles. Le DS est le seul à avoir défini un profil de poste du cadre paramédical de pôle qui a ainsi une vision claire de ses missions, il n'en va pas de même pour les autres membres. Le cadre administratif est inexistant dans les faits. Tous les cadres de pôle ont eu une formation médico-économique (mais pas les autres membres), ce qui implique un positionnement fort des cadres de pôle et du DS. Le contrat de pôle est seulement du papier, le même pour tous, il ne vit pas, n'est pas évalué, il n'y a pas d'indicateur qualité. Il n'y a plus de conseil de pôle sauf pour un pôle. Le président de la commission médicale d'établissement (PCME) a changé trois fois en peu de temps, ce n'est pas un manager, il n'y a pas d'impulsion de sa part. Il n'y a aucune délégation d'autant que l'établissement est en contrat de retour à l'équilibre financier (CREF).

Les finances transmettent un tableau de bord par quadrimestre (plus rien depuis début 2015) qui fait l'objet d'une revue de gestion par pôle (suivi de l'activité, de l'absentéisme, des remplacements, des dépenses médicales).

Pour les cadres paramédicaux de pôle :

CP 1 : « Il n'y a pas d'organisation, tout se fait entre le chef de pôle et moi ; il y a un directeur référent (directeur financier) qui participe de façon irrégulière, ne participe pas à la gestion du pôle, travaille uniquement sur certains thèmes, il n'y a plus de cadre administratif depuis 2012 (en a eu deux précédemment dont un seul était réellement investi dans sa fonction) ; le bureau de pôle est réuni deux fois par an et plus en fonction des thématiques (projet médical par exemple) avec les médecins et les cadres ; le contrat de pôle n'a pas été travaillé au niveau du pôle, il s'agit d'un document institutionnel, le même pour tous et il n'est pas évalué.

CP 2 : La présence d'un cadre par unité depuis un an permet au cadre de pôle de se repositionner dans ses missions : mettre de la méthode dans la façon de procéder, assurer une fonction de support et d'aide aux cadres, renforcer le lien DS – service ; le DS est invité à la revue de gestion ; il n'y a pas de bureau de pôle, pas de contrôle de gestion, pas de directeur référent, pas de conseil de pôle, pas de consistance du pôle, pas de délégation ; le contrat de pôle est un document standard sans actions polaires spécifiques, « on regarde les chiffres deux fois par an ».

CP 3 : Le chef de pôle est ancien, vice PCME, bientôt à la retraite. Le directeur référent participe mais pas de dynamique polaire par la volonté du chef de pôle qui veut gérer lui-même son pôle sans réelle coordination chef de pôle – CP. Il n'y a pas de cadre administratif, pas de bureau de pôle : « le chef de pôle trouve que ça n'a pas de sens ». Des rencontres sont organisées quand il y a une thématique à traiter (CREF – certification V2014), avec présence des cadres, des médecins, de deux infirmières et de deux aides-soignantes, le DRH et le DS en fonction du thème ; il y a trois revues de gestion par an avec un point fait sur l'activité ; le contrat de pôle est signé mais n'a pas de vie, pas de déclinaison.

CP 4 : Est cadre de pôle et cadre de la maternité, fonctionne avec un cadre en pédiatrie ; le cadre administratif nommé n'est pas très présent, tout comme le directeur référent. Il y a peu de réunions de pôle mais plutôt des réunions de service à raison d'une par mois ainsi qu'un staff mensuel avec les pédiatres. Il n'y a pas de bureau de pôle. La revue de gestion a lieu tous les six mois avec tous les médecins et les cadres ainsi que le cadre administratif et le directeur référent.

Pour le directeur référent de pôle : Les pôles se réduisent à des réunions de service pour permettre de créer des synergies mais pas de dynamique mise en place ; l'organisation en pôle n'est pas réaliste au regard des demandes de mutualisation des tutelles ; le pôle vient en contradiction avec les injonctions (groupement d'achats par exemple) sauf pour les ressources humaines. Le rôle de directeur référent n'est pas formalisé, pour lui il s'agit d'

apporter les informations nécessaires, de faire remonter les informations en comité de direction, « tord le cou aux fausses nouvelles », « je suis celui qui apporte la vérité telle que je la connais », « je suis la courroie de transmission mais je n'ai pas d'autonomie budgétaire, il faudrait pouvoir récompenser le pôle quand il a bien travaillé » ; il ne va pas au bureau de pôle (on ne lui a pas demandé et le bureau est très médical) mais il assiste au conseil de pôle ; il n'y a pas de cadre administratif depuis l'arrivée du nouveau directeur car n'a pas de justification mais ils sont toujours sur l'organigramme des pôles. Ce devait être une aide à la réflexion, la clé du monde administratif, devait permettre la remontée d'informations, il tenait de la logique d'autonomisation. La dynamique polaire est très liée au chef et cadre de pôle, « moi je peux rien apporter, je n'ai pas de sous ».

Pour le médecin, chef de pôle :

Le conseil de pôle a été remis en place (impulsion du nouveau directeur et du PCME) pour améliorer la communication, se réunit trimestriellement avec les praticiens, les cadres, le directeur référent ; une fois par an, le DG provoque une réunion du conseil de pôle (pour les pôles qui n'en ont pas instaurés). La revue de gestion est assurée avec les cadres et les responsables médicaux de service, les tableaux de bord sont diffusés en amont, cela permet la synthèse de l'évolution du pôle. Le CP est à 50% sur le pôle et 50% à la DS, ils fonctionnent par mail, c'est une interface précieuse entre la direction et le terrain, met de la concordance dans les agendas et dans l'animation d'équipes ; le directeur référent vient au conseil de pôle, il est plus impliqué qu'auparavant ; le contrat de pôle n'est pas évalué, les outils comme les tableaux de bord ne reflètent pas l'activité, il y a beaucoup d'erreurs dans les relevés.

CH C

Pour le directeur des soins : Les cadres de pôle (pas tous cadres supérieurs de santé) sont aussi cadres de proximité d'une unité voir d'une unité hors pôle. Il s'agit d'une volonté institutionnelle de l'ancienne direction pour faire accepter la mise en place des pôles aux chefs de pôle médicaux (ils ont choisi leur cadre). La nomination d'un directeur référent par pôle a été abandonnée sur un site, en cours d'abandon sur un autre, le DS ne sait pas ce qu'ils y font ou y faisaient. L'ancien DS était directeur référent d'un pôle, ce qu'a refusé l'actuel pour les mêmes raisons que le DS du CH B. Le contrat de pôle est obsolète, le projet d'établissement est en cours de réalisation, il sera validé en septembre. Le projet médical comportera les spécificités de chaque pôle, le projet de soins sera transversal. La délégation porte uniquement sur l'enveloppe de formation.

2.2.2 L'organisation des soins

CHA

Pour le directeur des soins : C'est difficile à construire car les instances sont trop ouvertes (par exemple, vient qui veut au comité de lutte contre la douleur - CLUD) ; le DS ne participe

pas aux comités faute de temps et pour lui, il manque une instance de coordination. Le DS fait appel à candidature pour tout groupe de travail avec un bilan et un compte rendu demandés, il y a échanges et discussions sur les différentes problématiques. Les six CP (tous cadres supérieurs de santé) fonctionnent ici depuis longtemps, ils ont des habitudes, passent par le téléphone au lieu d'utiliser les logiciels adéquats qui permettent une traçabilité. Le suivi des tableaux de bord est difficile pour les CP (les tableaux sont divers, il faut aller chercher les données partout, il n'y a pas de tableau unique). Le DS mène la certification V2014 sans réelle équipe qualité, est amené à dire aux professionnels « ce n'est pas ça qu'il faut faire », ce n'est pas la meilleure façon de faire connaissance avec la communauté. Il y a un infléchissement dans le suivi des EPP au regard du contexte, ce sera un des objectifs de l'année prochaine.

Pour les cadres paramédicaux de pôle :

CP 1 : Il y a des référents par thématiques comme sur les autres pôles.

CP 2 : Chaque cadre appartient à une thématique, transmet les informations au regard des objectifs fixés. Le CP incite à la déclaration des événements indésirables (EI) et travaille sur les troubles musculo-squelettiques : formation, contrôle des situations de travail. En ce qui concerne le tableau de bord institutionnel : il y avait auparavant quelqu'un des finances dans le bureau de pôle mais ce n'est plus d'actualité, personne ne suit les activités, les alertes, c'est le directeur référent qui amène les chiffres mais le CP n'a plus le temps d'analyser, n'est pas à l'aise avec les chiffres, demande à avoir une formation sur le thème.

CP 3 : Il y a un référent au sein de chaque service pour la douleur, un cadre pour le dossier de soins ; l'organisation dépend des unités, un cadre au Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), au CLUD, ce sont les cadres qui font redescendre l'information aux équipes.

CP 4 : l'organisation institutionnelle est respectée, il y a un référent pour les différentes thématiques, les cadres assurent le relais institutionnel, les soins spécifiques sont protocolisés.

Pour le directeur général :

Le DS est responsable de l'organisation et de la qualité des soins.

CH B

Pour le directeur des soins : le DS doit être sur le terrain (nous montre sa blouse accrochée dans son bureau). Les projets en place sur l'ensemble de l'établissement le sont au regard du projet de soins. Des audits sont réalisés et menés par le DS (chariot d'urgence, identitovigilance, circuit du médicament), les résultats sont transmis aux cadres pour mise en place d'un plan d'actions. Cela permet d'avoir un contact avec les patients : « ne pas perdre de vue pourquoi on est là ». Le circuit du médicament a fait l'objet d'une réserve majeure dans le cadre de la certification V2010 : le DS a aussitôt mis en place audits et plan d'actions ; les audits ont été menés avec les cadres car « certains ne savent pas ce qui se

« passe dans leur service » ou « ne s'impliquent pas suffisamment ». Le département qualité est composé d'un directeur qualité, d'un ingénieur qualité, d'un gestionnaire de risque (pharmacien à 50 %). Il organise les analyses d'EI, le DS n'y participe pas. Le DS est partie prenante dans les groupes de travail avec l'encadrement, celui-ci a toute latitude pour le choix d'équipement mais le DS tient à avoir la connaissance transversale « pour que le cadre ne décide pas n'importe quoi ». Le DS travaille actuellement sur l'utilisation des moyens d'incontinence (consommation excessive). Une formation des cadres et des agents avec détermination d'un référent par service avec des missions définies a été réalisée, un tableau de suivi des consommations et dépenses par service est transmis chaque mois par les services économiques, le DS rappelle à l'ordre les services quand un dérapage est constaté. Un travail a été réalisé à la demande de la direction des soins sur les organisations de chaque pôle (avant l'emménagement sur le nouvel hôpital), ce travail est mis à jour régulièrement.

Pour les cadres paramédicaux de pôle :

CP 1 : Apprécie de travailler avec le DS, cela permet de mener les dossiers à un niveau institutionnel et non au niveau du pôle, le DS a à cœur de mener les dossiers en transversal ; le CP travaille davantage sur la cartographie des risques. Concernant la prise en charge de la douleur, les objectifs sont fixés par le DS et déclinés dans les services. Concernant la gestion des risques, une analyse est réalisée en réunion de bloc chaque mois et des RMM sont suivies en chirurgie à raison de trois à quatre par an.

CP 2 : des audits sont menés avec le DS sur des thématiques spécifiques avec un retour aux équipes en traduisant les données brutes ; les Staff et RMM sont disparates sur les services du pôle ; le CP exploite les questionnaires de satisfaction patients, les signalements d'EI, les tableaux de consommation (comme par exemple sur les moyens de protection contre l'incontinence) pour « donner du grain à moudre aux cadres ». Le plan d'actions est défini par le DS afin de raisonner en interface, en parcours patient et prendre en compte toutes les parties prenantes, la dimension qualité est importante à la DS.

CP 3 : pour ce qui est du dossier patient, un accompagnement des cadres est réalisé auprès des équipes avec réajustements ; pour la prise en charge de la douleur, il y a une déclinaison dans les unités avec des audits flash ; le rôle du CP est de « rattraper une équipe, rappeler les bonnes pratiques (hygiène, contention) en collaboration et transparence avec le DS ». A un regard sur les signalements d'EI pour voir si la démarche est intégrée, c'est un point important de la gestion du pôle, le CP participe aux analyses, forme les cadres à la culture CREX.

CP 4 : les référents sont mis en place, il n'y a pas d'objectifs fixés au sein du pôle ; il n'y a pas d'évaluation du dossier patient sur le pôle.

Pour le médecin chef de pôle : Si il y a un problème, en discute avec le cadre et le CP ; les signalements d'EI lui reviennent par la cellule qualité ; lien difficile à établir avec le

département qualité notamment dans la diffusion des EI (impersonnel, relance faite ressentie comme une agression, pas de suite donnée), « on les voit dans le cadre de la certification mais en dehors, on est seul pour maintenir la dynamique ».

CH C

Pour le directeur des soins : A l'occasion de l'élaboration du projet de soins, s'est rendu compte que le cœur du soin était traité par la direction qualité car les trois DS en poste préalablement à son arrivée avaient aussi en charge la qualité. Un seul site avait un projet de soins différencié du projet qualité sinon il y avait un seul projet à prédominance qualité. Il existe un groupe escarre par établissement piloté par un cadre ; le dossier de soins est mixte (papier et informatique mélangé), ce qui génère une perte de temps et d'informations et est source d'erreurs. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est transversale aux trois sites et rattachée au département qualité mais toutes les procédures sont validées par le DS.

2.2.3 La gestion de l'encadrement

CH A

Pour le directeur des soins : a précisé aux CP la place qu'ils devaient prendre dans la réunion hebdomadaire car ils se considéraient comme spectateurs ; le DS oblige à penser différemment par rapport au contexte mais les CP restent submerger par les informations reçues sans toujours alerter le DS ; le DS a soumis sa façon de travailler avec explicitation de sa mission : conditions de fonctionnement claires ; il a mis en place un entretien CP – DS en face à face avec un rappel des règles de remplacements, de recrutements, de traçabilité (rapports) ; pour le DS, il s'agit de garder la vision globale, la transversalité, la coordination.

Pour les cadres paramédicaux de pôle :

CP 1 : Remonte systématiquement l'information au DS.

CP 2 : le staff en tête à tête avec le DS tous les deux mois permet la remontée d'informations : « quels sont mes problèmes, sur quoi je travaille, sur quoi j'ai besoin d'aide, quelle est l'orientation du DS ». A 12 cadres à gérer, leur demande une remontée d'informations systématique (contrôle les plannings, les vacances...), veut être en copie de tout (« non négociable ») ; « jongle entre le strict et la discussion », « moi je passe beaucoup dans les unités, le cadre c'est elle qui gouverne dans son service, je note ce que je vois et lui en fais part ». Concernant les gardes, ils sont deux cadres présents par week-end, le CP a mis en place un rapport de garde pour faire le lien avec la nuit. Le CP est missionné sur le travail sur le désenfumage, le travail sur la garde et représente la direction des soins au CLIN : le DS lui demande de prendre les décisions au regard de ces thématiques mais cela lui pose problème.

CP 3 : gère les congés et les gardes de l'encadrement, le DS n'a pas un regard systématique mais a accès au logiciel. A une fiche de poste établie par le DS qui est le directeur référent.

Le CP est en délégation sur le dossier de soins (dossier informatisé) : évaluation des écrits professionnels et outil d'évaluation du dossier, avec un cadre de proximité qui est à 50% sur cette mission ; si un point nécessite une décision, le CP se réfère au DS.

CP 4 : réunit les cadres tous les 15 jours, assure une vraie coordination, le cadre de pôle est en grande proximité, il voit les cadres tous les matins après le staff et passe dans toutes les unités tous les jours ; le CP n'a pas de délégation de la part du DS mais est vice-présidente du comité d'éthique ; Fonctionne en autonomie, pas de retour à la DS mais les cadres du pôle participent aux groupes de travail de la DS.

Pour le directeur général : le DS fait vivre le groupe de cadres, il est garant des organisations ; à minima, le DS est conseil : « jusqu'où on a le droit de ne pas aller », Il attend du DS une analyse critique avec prise de risque, un positionnement clair et qui ne reste pas sur les préconisations, « le DS n'est pas le gardien des cadres ».

CH B

Pour le directeur des soins : le positionnement des CP est fort ainsi que la présence du DS. Une réunion des CP a lieu tous les 15 jours. Les fiches de poste cadre et cadre de pôle ont été formalisées intégrant une mobilité des cadres (pas plus de cinq ans sur une unité). Le cadre gère les effectifs de jour et de nuit, il n'y a pas de cadre de nuit, les cadres ne font ni garde, ni astreinte (les cadres sont appelés si problème dans leur unité), la gestion des absences est établie par binôme de cadres.

Pour les cadres paramédicaux de pôle :

CP 1 : Réunion des cadres tous les 15 jours en alternance avec la réunion des CP. Tous les vendredis est établi le programme du bloc avec l'ensemble des cadres du pôle ce qui permet de voir les dysfonctionnements sur le pôle ; le CP est référent (pour 20 à 30 % de son temps de travail) du dossier patient informatisé ; à cet effet, il rencontre les cadres pour la mise en place et rend compte au DS de l'avancée du projet, il n'a pas de lettre de mission.

CP 2 : Réunion cadres tous les 15 jours à partir de la réunion des CP pour un échange d'informations ; les fiches de poste, suite au CREF, ont été réajustées. Le CP aimerait plus d'autonomie, être en mesure de décliner les actions sur le pôle, notamment en matière d'effectif. Le CP porte la parole du DS. Culturellement, il n'y a pas de délégation mais le DS peut missionner sur un travail préparatoire à une prise de décision, il s'agit toujours d'une mission ponctuelle non pérenne sur une courte échéance.

CP 3 : Réunion cadres tous les 15 jours. « Le soir on pousse la porte du DS pour faire le point sur la journée ». Missionnée sur la fiche de liaison à la sortie (porté par le DS), le pôle est pilote, le CP n'a pas de lettre de mission.

CP 4 : se réunit avec le cadre de pédiatrie, s'auto-remplacent.

CH C

Pour le directeur des soins : le comité de direction a lieu tous les lundi matin en alternance sur un des trois sites, ensuite le DS fait une réunion de coordination des soins avec les trois

adjoints ; a organisé sa présence à la carte : si le DS vient pour une réunion, reste la journée sur le site. Sinon le DS travaille par mail et SMS, « ce n'est pas parce que je ne suis pas là que je ne sais pas ce qui se passe ». Le DS travaille en confiance avec les trois adjoints, ils ont structuré leur façon de travailler ensemble bien qu'il s'agisse de trois profils différents. Si la direction des soins est transversale (y compris les adjoints), il y a un intérêt à avoir des CP positionnés sur les pôles qui tiennent la route, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. La réunion des CP est assurée par chaque adjoint sur chaque site, le DS y assiste ponctuellement en fonction des thèmes abordés ou pour prendre la température ; le DS ne veut pas perdre la proximité avec l'encadrement même si il travaille préférentiellement avec les adjoints, « si on s'éloigne, perte d'informations mais sur 4 sites, ce n'est pas évident ». Le DS préside les trois CSIRMT. Les CP ne se positionnent pas vis à vis des projets, ne s'approprient pas les sujets, ne s'impliquent pas.

2.2.4 L'évaluation

CH A

Pour les cadres paramédicaux de pôle : l'évaluation des professionnels est réalisée à l'aide d'un logiciel informatique, une préparation de l'entretien est demandée. Un seul CP a des objectifs spécifiques par cadre d'unité avec un suivi d'indicateurs (respect des délais, nombre de réunions d'équipes, nombre d'agents évalués....) ; le DS signe les feuilles d'évaluation des cadres qui sont évalués par les CP, ces derniers sont évalués par le DS.

CH B

Pour le directeur des soins : les profils de poste de l'encadrement ont été réajustés avec les personnes concernées, ce qui a donné lieu à un support d'évaluation élaboré en regard avec uniformisation pour l'ensemble des pôles : des objectifs communs sont fixés par le DS. Il ne voit que les CP en entretien, rencontre les cadres à la demande du CP ou si problème particulier ; difficultés au début pour les cadres de remplir le support d'évaluation (comment j'atteins les objectifs, quels indicateurs fixés).

Pour les cadres paramédicaux de pôle :

CP 1 : je fais un bilan à N-1, les objectifs sont fixés avec les cadres, le suivi se fait à partir d'un fichier commun, consultable avec un bilan en milieu d'année ; l'entretien annuel est construit en fonction des projets médicaux, du projet établissement et en fonction des directives du DS ; le DS fixe les objectifs aux CP qui les déclinent aux cadres.

CP 2 : évaluation individuelle avec le DS qui correspond à mon rapport d'activité avec une colonne résultat, le tableau est alimenté au fil de l'eau ; le DS a des attentes en terme d'objectifs globaux, le rôle du CP est qu'aucun cadre ne reste à la traîne.

CP 3 : évalue les cadres à partir des outils de la DS, la déclinaison des plans d'actions de la DS enrichi de la particularité de l'unité constitue la feuille de route.

CP 4 : évalue le cadre de pédiatrie et fait un point avec le DS mais est évalué par le directeur

des affaires médicales sans support spécifique (utilise celui de la DS).

Pour le médecin chef de pôle : il ne voit ni médecin ni cadre en évaluation.

CH C

Pour le directeur des soins : Sur un des sites, le précédent DS évaluait les 25 cadres ; à son arrivée, le DS a demandé aux CP de faire l'évaluation des cadres, le DS évaluant les CP. Maintenant, les adjoints évaluent les cadres de pôle. Un outil a été élaboré par le DS et proposé aux adjoints mais un travail est en cours dans le cadre du projet social et de l'entretien professionnel. Le DS évalue les adjoints par délégation des directeurs délégués de site.

2.2.5 La fonction contrôle

CH A

Pour les cadres paramédicaux de pôle :

CP 3 : le DS a une fonction contrôle à deux niveaux : le contrôle sur les cadres est assuré par le CP qui fait référence au DS , un contrôle en direct sur le CP en fonction des missions confiées ; un contrôle à travers les staffs et les rencontres individuelles planifiées.

CP 4 : le DS devrait avoir un contrôle sur les effectifs, les modalités de remplacements, sur la qualité des soins et une implication dans la gestion des risques et de la qualité. Le pôle est autonome, ce qui met les CP en difficulté (manque de soutien face aux difficultés), se sent peu écouté.

Pour le directeur général : Comme tout directeur, le DS contrôle l'organisation, la répartition des compétences et de la masse salariale, la bonne application de la répartition des effectifs, la mise en œuvre d'une politique sur les remplacements, l'application des décisions par le cadre. Il attend du DS qu'il fasse remonter les incohérences de la politique (fonction contrôle dans le sens ascendant et descendant). Le DS a une compétence particulière de par son cursus, il pilote 70% de la masse salariale. Il est une aide au développement de la stratégie mais cela ne l'exonère pas de sa fonction contrôle : c'est le garant de l'organisation, « si il y a un problème dans un service, c'est lui que je vais voir ».

CH B

Pour le directeur des soins : Il a mis en place des tableaux de bord sur le suivi des effectifs et a constitué avec l'encadrement un dossier organisationnel par pôle mis à jour régulièrement avec les points forts et les points à améliorer. La gestion du pool central de suppléance est assuré par la DS avec développement des compétences par pôle ; le DS est à l'initiative des audits de pratiques et y participe, il est impliqué dans tous les groupes de travail ; le DS est dans le « participatif encadré », échange avec le personnel, donne les explications nécessaires sur les projets mais si l'agent n'est pas d'accord, il est remis à sa

place : « essaie d'avoir un avis collégial et raisonné mais.... ».

Pour les cadres paramédicaux de pôle :

CP 1 : « le contrôle est très lié à la personne, a connu des DS moins directifs mais qui ne contrôlaient rien ». Le DS actuel assure un contrôle régulier (audit à l'initiative du DS) avec le personnel et à travers les objectifs : pourquoi ne sont-ils pas atteints, quelles difficultés rencontrées. Le DS assure un contrôle pratico-pratique mais aussi à travers les CP, a à cœur de vérifier ce qu'il met en place. « Le DS pourrait avoir des objectifs, les évaluer uniquement auprès des CP et ne pas aller au-delà, ne pas aller sur le terrain ». À sa prise de poste, le CP avait la crainte d'être seul sur le pôle sans quelqu'un qui vienne étayer les objectifs. On ne peut pas avancer sans lien entre les pôles : « le DS est là pour faire le lien et faire avancer les dossiers car sinon une disparité s'installe entre les pôles : seul le DS peut faire cela ».

CP 2 : Le DS est partout ; quand un médecin n'est pas d'accord avec le CP, il va voir le DS pour obtenir gain de cause, souvent on règle un problème en en créant un autre et c'est le CP qui gère les inconvénients. Le CP porte la parole du DS qui doit s'assurer de la cohérence, c'est sa fonction contrôle : pas de singularité mise en place dans un secteur sans tenir compte des autres. Le CP aimerait avoir plus d'autonomie mais cela implique davantage de responsabilités et sans chef de pôle digne de ce nom, c'est impossible.

CP 3 : « Qui dit délégation, dit contrôle » ; le contrôle permet de faire avancer les choses (sert d'état des lieux) ; le DS est une personne dynamique qui fait évoluer les choses, permet de voir l'amélioration des pratiques et les points de vigilance sur l'équipe et l'encadrement ; le contrôle doit être considéré comme un point d'étape dans nos pratiques.

CP 4 : La fonction contrôle du DS est importante, pouvoir donner les informations, transmettre les bonnes pratiques relayées par les CP, voir si elles sont appliquées, voir si la continuité des soins est assurée et est de qualité ; « c'est un boulot de titan ». Ça ne peut s'exercer qu'à travers le rôle des CP avec un lien de confiance, c'est un travail de tous les jours, il faut expliquer sur le terrain les décisions.

Pour le médecin chef de pôle : Je ne maîtrise pas la notion de contrôle mais le DS passe dans les services, mène des audits, mène les sujets de travail (ex : révision de la procédure d'appel pour urgence vitale).

CH C

Pour le directeur des soins : le fonctionnement du précédent DS était pyramidal, le DS donnait les ordres et toutes les actions des cadres en découlait. Personne ne contestait cette manière de faire. Cela a pour conséquence que les cadres n'ont aucune méthode. Le DS a mis en place un tableau de bord pour le suivi des effectifs.

2.2.6 La gestion des effectifs

CH A

Pour le directeur des soins : les entretiens de recrutement sont fait par les CP, il s'agit là d'une forte demande du directeur des ressources humaines (DRH) et le directeur général est en accord avec cette pratique, le DS s'est donc mis en retrait.

Pour les cadres paramédicaux de pôle :

CP 1 : la gestion se fait en direct avec le DRH, la transmission au DS dépend de la bonne volonté de chacun (relation de confiance) ; ne trouve pas normal que le DS n'assiste pas aux réunions CP – DRH et qu'il n'ait aucune connaissance des effectifs.

CP 2 : les effectifs étaient gérés par le DS et le DRH jusqu'à l'année dernière, maintenant cela ne passe plus par le DS sauf en terme de compétence ; les calculs d'effectif sont faits par le CP et le DRH avec un point tous les 15 jours, quand il persiste une difficulté, le CP passe par le DS ; quand un poste est vacant, le CP recrute en direct, informe la direction des soins mais c'est le DRH qui valide ; si un agent pose problème, un rapport est établi et adressé au DS (on touche aux compétences) avec copie au DRH.

CP 4 : reçoit directement les candidatures, la DS coordonne les curriculum vitae (CV) en théorie mais en réalité les cadres ne renvoient pas les CV, les entretiens se font dans chaque pôle, sans coordination ni priorisation ; pour le CP, « ne plus s'occuper des effectifs c'est perdre le contrôle ». Le DS peut difficilement prioriser les demandes, n'ayant pas connaissance des postes vacants.

CH B

Pour le directeur des soins : les entretiens de recrutement cadre sont fait par le DS avec le CP concerné, les agents par le cadre et le CP (« c'est leur marge de manœuvre »), la validation du candidat retenu est faite par le DS (fonction contrôle, cohérence du choix) puis la candidature est transmise à la DRH ; la gestion du pool de remplacement est assurée par le CP délégué à la DS et le DS (évaluation, formation, congés).

Pour les cadres paramédicaux de pôle : non abordé

Pour le médecin chef de pôle : est informé des recrutements, temps de rencontre DRH – DS – cadres ; est associé aux entretiens d'affectation des cadres.

CH C

Pour le directeur des soins : fait le recrutement des cadres avec les adjoints, les autres sont faits par l'encadrement avec un filtrage préalable de la direction des soins sur le courrier de motivation et le CV ; chaque semaine, un point est fait entre DS et DRH ; les adjoints font un point une fois par mois avec chaque CP.

2.2.7 Le projet de soins

CH A

Pour le Directeur général : il n'y a pas de projet d'établissement à ce jour ; s'est axé sur la refonte des pôles avec une vision sur les trois ans à venir, en incluant le plan de retour à l'équilibre ; le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est en cours de validation, le projet d'établissement en découlera.

Le projet de soins n'est abordé ni par le DS ni par les CP.

CH B

Directeur référent : chaque pôle fait son projet médical, celui-ci est débattu en conseil de pôle, validé en directoire et aux instances.

DS : non abordé

Cadres paramédicaux de pôle:

CP 1 : projets en plein renouvellement, il faut finaliser le projet médical, le projet de soins 2008-2013 est obsolète ;

CP 2 : le CP n'est pas investi dans le projet de service tant que le projet médical n'est pas écrit.

CP 3 : le projet de soins est en cours de construction ; « on a les grandes orientations mais le projet médical n'est pas écrit, donc pas de projet de soins ».

CP 4 : le CP ne connaît pas le projet de soins, a travaillé sur le projet de service.

Pour le médecin chef de pôle : le projet médical est écrit, des réunions de tous les chefs de structure avec médecins et cadres ont été menées, a suivi la trame institutionnelle, des représentants du personnel ont été associés.

CH C

Pour le directeur des soins : Les pilotes des axes du projet de soins ont une lettre de mission avec un point d'étape réalisé tous les deux mois : il faut reprendre la méthodologie, impulser, contrôler tout ce qui va être mené (réunion plénière, réunion par axe, réunion par établissement). Le projet de soins sera ensuite piloté par les cadres de pôle et évalué chaque année ; une participation est demandée à la CSIRMT qui valide les documents et assure le suivi des actions (une CSIRMT par établissement).

2.3 Analyse des résultats au regard des hypothèses émises

2.3.1 La mise en place des pôles incite à une délégation forte, ce qui prive le directeur des soins de sa fonction contrôle.

La place des pôles et de l'exécutif est fortement positionnée au CH A avec une demande d'autonomisation de la part des chefs de pôle médicaux. Ce constat est renforcé par les CP

qui revendiquent une collaboration de qualité entre eux et le chef de pôle. La place importante donnée aux pôles met en difficulté le DS qui peine à trouver un fonctionnement adéquat et un positionnement avec les CP. La gestion des effectifs est entièrement réalisée entre CP et DRH, même s'il ne s'agit pas d'une réelle délégation, cela ne permet pas au DS d'avoir une vision globale et prospective. L'organisation est basée sur la confiance pour le passage d'informations entre CP et DS. L'organisation des soins n'est pas clairement identifiée ni harmonisée entre les pôles, le DS n'assistent pas aux comités au regard des thématiques - qualité de la prise en charge, il n'est pas non plus à l'initiative de groupes de travail. A sa décharge il est pris à 100% par la démarche de certification. Quant au directeur de l'établissement, il est clair sur le sujet : « Le DS est responsable de l'organisation et de la qualité des soins ». Le DS exerce sa fonction contrôle uniquement par l'intermédiaire des CP au travers des missions confiées (mais sans lettre de mission formalisée), des entretiens en face à face et lors des réunions des CP. Ces derniers regrettent l'absence de contrôle du DS sur les effectifs, ce qui pour eux représente un dysfonctionnement majeur.

Le CH B présente une situation à l'inverse avec des chefs de pôle non positionnés et une collaboration insuffisante avec les CP, des bureaux de pôle quasiment inexistant. Cette situation laisse toute liberté au DS qui a mis en place son organisation et est positionné comme l'interlocuteur indispensable, au détriment d'une certaine possibilité d'autonomie des CP. Le DS est partout, il fixe les objectifs, mène les audits, supervise les groupes de travail. Il a construit sa fonction contrôle autour de la définition des profils de poste de l'encadrement, ce qui lui a permis d'élaborer un référentiel d'évaluation avec des objectifs ciblés et la définition des axes d'amélioration de la prise en charge du patient déclinés au sein des pôles. Le DS utilise les audits pour maintenir sa connaissance du terrain et suit les tableaux de bord qu'il s'est lui-même construit. Les délégations sont restreintes à des missions de courte durée. Ce fonctionnement est plébiscité par les CP, à défaut d'organisation polaire, ils se sentent rassurés (mais semblent peu dans la prise d'initiative), car cela représente pour eux un soutien, une aide dans leur gestion de pôle et ils insistent sur la nécessité d'une coordination inter-pôle, un seul objecte le manque d'autonomie. Le médecin, chef de pôle, est satisfait du fonctionnement du DS pour ce qu'il en perçoit.

Le DS du CH C construit sa place concomitamment à la montée en charge de l'organisation polaire. Au CH C, tout est en construction, organisation des pôles et organisation des soins apparemment en concertation DG/DS. Le DS du CH C regrette le manque de positionnement et d'implication d'une majorité de CP et cherche à les autonomiser davantage.

Ainsi le positionnement du pôle au sein de l'établissement a un impact direct sur le fonctionnement du DS dans sa relation avec le CP et dans l'organisation du service de soins IRMT même si nous ne pouvons pas parler de délégation forte telle qu'elle est définie dans

les textes. Si le CH A et le CH B présentent deux situations en complète opposition, le CH C semble un bon compromis avec une concertation des directeurs pour la montée en charge des pôles et de l'organisation du service de soins IRMT.

2.3.2 La formalisation d'un projet de pôle se substitue au projet de soins de la direction des soins

Projet de pôle et projet de soins sont soit obsolètes soit en cours de construction. S'il n'y a pas visiblement de substitution de l'un par rapport à l'autre, il n'y a pas non plus concertation entre les deux projets. Plus que de projet de pôle, les établissements parlent plutôt d'un projet médical de pôle. Ce qui laisse à penser que la déclinaison du projet de soins au sein du pôle n'est pas prise en compte.

Le projet de soins n'apparaît pas dans les discours des professionnels du CH A, ni directement ni indirectement à travers des axes de travail par exemple. Le projet d'établissement est en cours de construction. Au CH B, bien que le projet de soins soit arrivé à échéance et qu'un autre se profile, les orientations de la direction des soins sont claires pour tous. Au CH C, le DS utilise la construction du projet de soins pour prendre la main sur les organisations, impulser une dynamique et développer les compétences de l'encadrement, améliorer la participation des membres de la CSIRMT. Les organisations se mettent en place à travers l'élaboration du projet de soins porté par le DS.

Nous ne pouvons donc pas clairement parler de substitution du projet de soins par le projet de pôle, ces deux projets étant peu définis voire inexistant à l'heure actuelle dans les établissements étudiés. En tout état de cause, les axes du service de soins IRMT du CH B priment sur les projets polaires si tant est qu'ils existent. Y aura-t-il concordance entre projet médical de pôle et projet de soins ?

2.3.3 Le volet qualité du contrat de pôle est construit sans concertation entre direction qualité et direction des soins.

Le contrat de pôle (CH A) est construit par la direction qualité à travers un groupe de travail où des professionnels paramédicaux siègent mais en l'absence du DS. Au CH B, le contrat de pôle est à ce jour le même pour tous sans spécification et n'a pas de signification : il n'est ni évalué, ni suivi, ni réajusté. Une revue de gestion purement axée sur les données d'activité est organisée dans chaque pôle mais là encore le suivi n'est pas respecté. Le contrat de pôle est soit en cour de construction, soit obsolète. Dans tous les cas, il manque de cohérence pour les CP et les DS dans sa construction : il n'y a pas de concertation dans la prise en compte des éléments à contrôler. De ce fait, chacun met en place des indicateurs,

complexifiant l'évaluation des situations et la vue d'ensemble : au CH A, un CP dit avoir mis ses propres indicateurs en place avec le chef de pôle, le DS reconnaît la difficulté pour l'encadrement d'avoir à se référer à une multitude de tableaux ; au CH B, une revue de gestion vient supplée l'insuffisance du contrat de pôle mais uniquement sur des données d'activité.

Concernant le département qualité, il semble restreindre son activité à la gestion des événements indésirables que ce soit au CH A ou au CH B. La particularité du CH C est que la qualité était jusqu'alors pris en charge par le DS de chaque site favorisant l'amalgame projet de soins et projet qualité. A ce jour, un seul département qualité est mis en place et est transversal à l'ensemble des sites. Le DS reprend la main sur l'organisation des soins notamment à travers le projet de soins.

En synthèse, nous noterons que le positionnement des pôles impactent le fonctionnement du directeur des soins, que le projet de soins doit être une aide à la structuration du service de soins IRMT et qu'un travail de concertation est indispensable entre direction qualité et direction des soins. Enfin, les organisations décrites ci-dessus sont dépendantes de l'impulsion donnée par le directeur, le directeur des soins, le PCME et se pose alors la question de la pérennité de l'organisation au changement d'un de ces acteurs. Nous citerons en illustration M. Crozier¹⁸ : « l'organisation est une réponse à l'action collective. Elle n'est pas une donnée naturelle mais une construction modulable, plus ou moins précaire, à la fois dépendante et indépendante des individus qui la composent. Comme tout système vivant, elle évolue au gré des influences externes et internes ».

Alors, quelle que soit l'organisation mise en place au niveau de l'établissement, c'est au directeur des soins de se positionner et de faire les choix managériaux lui permettant d'exercer sa fonction contrôle le plus efficacement possible. Par conséquent, le DS doit apporter une plus-value au fonctionnement en pôle de l'établissement notamment par l'instauration de coordination et de coopération inter – pôle et cela passe par la formalisation, la mise en œuvre et le suivi d'un projet managérial et d'un projet de soins IRMT en cohérence avec le projet d'établissement.

18 M. Crozier (1922-2013) sociologue

3 Préconisations

Exercer une fonction contrôle signifie cadrer les actions et fixer les limites, veiller à la qualité de la prise en charge. Le contrôle doit permettre de motiver les équipes grâce notamment à la possibilité de développement des compétences et aux perspectives d'évolution. Pour que cette fonction contrôle soit efficace, il faut une contrepartie, c'est à dire savoir quand il faut créer un espace de liberté autour du travail, laisser la place à la critique constructive et à l'expression de l'équipe, permettre la prise d'initiative et donner la possibilité de réaliser les objectifs fixés de façon autonome. Ainsi, l'instauration d'un climat de confiance avec l'encadrement est indispensable. La confiance est depuis toujours une composante que doit travailler un manager car elle est la clef du contrat qui l'unit à son équipe. La confiance est le facteur d'engagement et de reconnaissance des équipes d'encadrement, elle s'acquiert et se cultive pour une véritable collaboration, la confiance est incontournable ainsi que l'engagement vers l'objectif et le but commun, évalués par chacun. La confiance devient en quelque sorte un mode de contrôle quand elle octroie la capacité d'influencer le comportement des acteurs (la personne A doit se montrer à la hauteur de la confiance témoignée par la personne B).

Pour décrire les préconisations, nous nous appuyerons sur la typologie des modes de contrôle établie par J. Desmond¹⁹ :

- Le contrôle par la sélection : les exigences sont décrites dans les profils de poste,
- le contrôle sur le processus de travail (avant – après) : contrôle par les résultats au regard des objectifs fixés,
- le contrôle pendant le processus de travail : par les règles, les procédures, les normes, la supervision directe,
- le contrôle permanent : à travers la formation, le système d'évaluation, la promotion professionnelle,
- le contrôle social : au regard du système de valeurs prôné par l'entreprise,
- le contrôle par la professionnalisation : responsabilisation et confiance.

Ces modes de contrôle sont tous utilisés mais dans des proportions différentes en fonction du contexte, des acteurs et des rapports de force, de l'organisation déterminée.

Par conséquent, la fonction contrôle du directeur des soins ne pourra à notre avis s'exercer pleinement et être comprise de tous les acteurs qu'avec la formalisation d'un projet managérial incluant notamment la définition des missions et activités de l'encadrement et aussi avec la conception et mise en œuvre du projet de soins IRMT.

¹⁹ J. Desmond, professeur en management des organisations, Université de Columbia

3.1 Le projet managérial du directeur des soins : asseoir sa fonction contrôle

Le management constitue la mission indispensable au fonctionnement de toute organisation qui rassemble des personnes autour d'une activité commune et consiste à faire en sorte que cette action commune soit performante. Le projet managérial est un projet centré sur le management des hommes, des organisations, du travail. Il permet, à partir d'un diagnostic, de définir comment évoluer ensemble vers une nouvelle organisation des relations décisionnelles et fonctionnelles entre l'encadrement supérieur, de proximité et le DS.

Il peut s'articuler autour de 3 axes :

- Une organisation efficiente des soins associant pertinence de la prise en charge, sécurité, performance et optimisation des ressources,
- L'implication des professionnels,
- la communication et l'information.

Il s'agit dans un premier temps de définir les règles de fonctionnement entre DS, CP et cadres de proximité, à partir des attentes de chacun, en clarifiant les notions de hiérarchie et de responsabilités, de prendre en compte l'évolution des outils de management, notamment en matière de nouvelle technologie de communication, de définir le fonctionnement en terme de formation et d'accompagnement de l'encadrement. Comme nous l'avons vu dans l'étude de terrain, les CP ont besoin de connaître et comprendre le cadre de fonctionnement du DS, cela leur permet de savoir où ils vont, quelle est la ligne de conduite et donc aussi leur marge de manœuvre. La finalité du projet est de promouvoir l'identité managériale des cadres par une meilleure connaissance de leur propre activité et d'apprendre à travailler ensemble, progresser ensemble, manager ensemble. Le projet managérial renforce la professionnalisation et cultive la cohésion d'équipe.

« Quand tout bouge, il est important de formaliser, éclaircir, expliquer, démontrer, actualiser les savoirs »²⁰.

3.1.1 Renforcer la professionnalisation

Le dispositif de fonctionnement

Nous définissons, dans un premier temps, les organisations de soins entre le DS et l'ensemble de l'encadrement dans une démarche de contractualisation. Pour contrôler efficacement, il faut que l'encadrement soit au clair avec les attentes du DS. Le premier temps est consacré à la détermination des missions et activités de chacun afin de clarifier l'organigramme, de formaliser les profils de poste, que chacun connaisse les attentes de

²⁰ J. Staune, philosophe des sciences, fondateur de l'Université interdisciplinaire de Paris

l'autre. Une fiche de mission précise le rôle de chacun avec la ligne hiérarchique et fonctionnelle clairement précisée. Cette fiche de mission doit amener à la cartographie des activités, pour le cadre de pôle et pour le cadre de proximité. Ce travail se fait sur la base des référentiels métiers.

Une fois cette cartographie établie, un référentiel des compétences requises peut être élaboré et conduit à la construction des outils d'évaluation.

Le dispositif d'évaluation

Les modalités de mise en place du dispositif d'évaluation ont là toute leur importance: « la mise en place du dispositif est un enjeu central puisqu'il va déterminer l'implication des différents acteurs dans le processus, les possibilités d'intervenir ou non sur son déroulement et le degré d'autonomie pour le modifier et/ou l'ajuster à leur activité réelle ».²¹

Ce dispositif doit comprendre des outils de régulation pour le DS vis à vis de l'encadrement et plus particulièrement envers les CP et permettre aux CP d'évaluer les cadres d'unité. Un dialogue constructif peut alors s'instaurer lors de rencontres en face à face avec l'identification des difficultés rencontrées, des besoins en formation et le transfert des compétences méthodologiques. Ce travail permet d'instaurer une confiance et une transparence entre DS et encadrement.

Dans ce dispositif d'évaluation, apparaissent clairement les modalités de contrôle qui vont l'alimenter. Ces modalités sont diversifiées du contrôle direct sur le terrain au contrôle dit indirect par les entretiens, la participation aux groupes de travail, les réunions d'encadrement pour ne citer que ceux-là. Dans ces modes de contrôle, nous présenterons ici ceux qui nous semblent le plus intéressant à mettre en œuvre.

1 - Les rencontres en face à face DS - CP : elles permettent de faire le point sur l'avancée des différents projets, les difficultés rencontrées, d'apporter notre soutien que ce soit en méthodologie de travail, en aide de conduite de réunion ou dans la prise de décision, d'élaborer ensemble une stratégie d'actions, d'évaluer l'implication institutionnelle du CP - pilote d'un comité ou d'un groupe de travail, participation - pour une harmonisation et dans un souci d'équité entre les CP. Pour l'organisation, nous proposons une réunion face à face avec chaque CP une fois par mois, regroupée sur une semaine, les trois autres semaines consacrées au staff DS-CP.

2 – La participation aux réunions du CP avec l'encadrement de son pôle : celle-ci peut avoir lieu une fois par trimestre (ou plus à la demande du CP) pour échanger sur les projets, apprécier le fonctionnement du CP avec les cadres du pôle et veiller à la cohérence entre le projet de soins et les projets de pôle.

3 - A chaque prise de fonction d'un nouveau cadre ou d'un cadre apprenant, un rapport

21 V. de Gaulejac – cf. note 4

d'étonnement est établi comprenant un plan d'actions avec planification et indicateurs de résultat. Ce rapport fait l'objet d'un point d'étape entre le cadre, le DS et le CP et sert de base à l'évaluation lors de l'entretien professionnel cadre – CP.

4 - La délégation : elle est indispensable. En effet, le DS ne peut maîtriser toutes les compétences clés d'un projet mais il doit en avoir une vision cohérente et être en mesure de gérer les interfaces. Pour ce faire, une certaine marge d'autonomie est laissée aux acteurs du projet dans le cadre d'une délégation construite : on ne peut pas déléguer sans une démarche contrôle associée. Selon E. Morin²², « la délégation ouvre trois perspectives intéressantes pour mieux maîtriser le lien entre organisation et individu :

- Elle amène à expliciter le contrat délégrant – délégataire, à le clarifier, à le négocier et donc à le contrôler.
- Elle assure le champ des enjeux et permet donc d'établir des contrats mieux adaptés aux individualités et aux contributions demandées.
- Elle rend à la hiérarchie l'occasion de gérer, de diriger, d'animer le personnel dont elle a reçu la charge et de traiter sérieusement et conjointement productivité et politique de personnel ».

Par conséquent, la délégation fait l'objet d'un contrat formalisé entre le DS et le CP sur la mission demandée, les attentes du DS en termes d'objectifs et de compétences, les besoins du CP en termes de formation et de moyens. Le contrat inclut les indicateurs d'évaluation de l'accomplissement de la mission et de la délégation. Ce modèle, une fois intégré par le CP, peut être reproduit entre le CP et les cadres de proximité de son pôle, entre le cadre de proximité et les professionnels de son équipe. La délégation intervient pour la participation aux comités (CLAN – CLIN – CLUD) : le DS y participe une ou deux fois par an ou plus en fonction des situations, la transmission des informations se faisant essentiellement par le CP en charge du comité ou le CP qui a reçu délégation du DS. Elle intervient aussi pour tout projet ou groupe de travail commandité par la direction des soins.

5 - Les audits : dans le cadre du compte qualité, l'ensemble des audits menés sur l'établissement est centralisé au niveau de la direction de la qualité et gestion des risques (DQGR) pour validation de la forme et intégration dans le compte qualité. Ainsi, le DS peut être commanditaire d'un audit au regard d'une situation problématique ou participer en tant qu'auditeur comme peut l'être aussi un CP à l'échelle de son pôle. Les audits sont de bons moyens pour échanger avec les équipes sur leurs pratiques, pour mettre en évidence les forces et les faiblesses d'une organisation. Un rendu systématique avec mise en place d'un plan d'actions doit être fait auprès de l'encadrement et des équipes. La coordination avec la DQGR et la DS est là indispensable.

6 – Le CREX : instauré comme une instance institutionnelle, le DS y est membre de droit, il

22 E. Morin (1921 -), sociologue et philosophe français.

y est informé des dysfonctionnements principaux (en gravité et/ou en fréquence), il donne son avis sur les événements à traiter, il participe à l'élaboration des plans d'actions et prend le pilotage des actions qui sont en lien direct avec la direction des soins.

7 - Les visites de terrain : aller à la rencontre des équipes dans leur quotidien de travail permet de mieux comprendre une situation, d'approcher le fonctionnement des uns avec les autres, d'être alerté sur une problématique précise. Ces visites peuvent être inopinées ou organisées dans un but précis (rencontre des équipes de nuit par exemple).

3.1.2 Cultiver la cohésion : élément clé d'un contrôle efficient

Formation et accompagnement

Il s'agit ici de décrire le dispositif de formation et d'accompagnement de l'encadrement. De même que pour réaliser un contrôle pertinent et efficient, il faut que les acteurs soient au clair avec les attentes du DS, de la même façon, il faut que ces acteurs soient à même de progresser, de développer leurs compétences. Développer la formation des cadres tout au long de leur parcours professionnel passe par la détermination d'un plan d'actions de formation « spécifique cadre » : le projet managérial définit les grandes lignes au regard des attentes et des besoins de l'encadrement, le plan est défini annuellement faisant suite aux entretiens professionnels annuels.

L'accompagnement des cadres apprenant (cadre de proximité et cadre de pôle) se fait à partir d'une formalisation du parcours, incluse dans le projet managérial. Nous y définissons la durée en tant qu'infirmière référente, en tant que faisant fonction de cadre de santé ou de cadre de pôle ainsi que le délai de préparation au concours d'entrée en institut de formation de cadre de santé. Les modalités de sélection et d'accompagnement des projets professionnels de cadre y sont clairement précisées tout comme la stratégie d'intégration des cadres. Pour toute prise de fonction, cadre de proximité ou cadre de pôle, un accompagnement par un tuteur – pair est organisé qui permet au cadre apprenant de découvrir la structure et son fonctionnement, les spécificités de la fonction et d'être une aide et un soutien dans la première année de prise de poste. Des bilans réguliers DS – Cadre – tuteur sont organisés.

L'analyse des pratiques managériales fait l'objet d'une formation pour l'encadrement afin de s'approprier la méthode. Des travaux sont réalisés en staff CP, l'analyse se fait sur la base d'une pratique managériale ayant posé problème à un CP ou une situation managériale questionnée lors d'une commission d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail par exemple. A l'issue de ces travaux, des situations prévalentes sont listées, accompagnées de propositions de plan d'actions pour chacune des situations décrites. Cet exercice, une fois

maitrisé par les CP, a vocation à être reproduit en groupe de cadres dans chaque pôle.

Communication

La communication est certainement l'élément central dans la réussite de la mise en place d'une fonction contrôle que se veut respectueuse de chacun. En effet, les projets mal perçus par les équipes sont ceux pour lesquels des erreurs de communication ont été faites. Le rejet du projet n'est pas tant sur le fond que sur la forme. Parler vrai, écouter davantage que parler, accepter les confrontations avec les collaborateurs contribuent au succès du projet. Les réunions en face à face, les staffs DS - CP, les réunions de cadres, les temps de rencontre formels et informels ; la disponibilité du DS (bureau ouvert, hors rendez-vous) sur des moments clés de la journée sont autant de temps de communication où l'écoute, le partage sont importants.

Pour réaliser l'ensemble de ce travail, un comité de pilotage animé par le DS et composé de CP et de cadres de proximité détermine les axes de travail, assure la constitution de groupe de travail par thématique, vient en aide à ces groupes de travail pour faciliter la formalisation des réflexions. Il assure également le suivi et l'évaluation annuelle du projet managérial ainsi que les réajustements nécessaires.

Ce projet, une fois finalisé, est présenté à la CSIRMT, en équipe de direction, au directoire, au comité technique d'établissement, à la commission médicale d'établissement.

3.2 Le Projet de soins comme fil conducteur

Le directeur des soins « élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ». ²³ Ce projet constitue la feuille de route et un guide pour la mise en œuvre des priorités institutionnelles. Le CP est l'artisan de la mise en œuvre du projet de soins institutionnel au sein du pôle. Il puise au sein du projet les objectifs et les actions qu'il intègre au projet de pôle et au contrat de pôle. Cela concourt à la cohérence entre projet d'établissement et projet de pôle et prépare ainsi la contractualisation interne. Ces projets contribuent au maintien de la cohérence institutionnelle seule garante d'un équilibre d'ensemble sans lequel l'autonomie des pôles est inenvisageable. Ainsi le projet de soins institutionnel voit sa déclinaison assurée sur le pôle par l'intermédiaire du CP et les objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge propres au pôle trouvent leur place dans le contrat de pôle.

23 Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

L'élaboration du projet de soins part du bilan du précédent, bilan qui recueille, entre autre, l'avis non seulement des équipes paramédicales et d'encadrement mais aussi de la communauté médicale. C'est l'opportunité d'impliquer les membres de la CSIRMT qui vont recueillir les avis et les propositions d'amélioration. Le DS présente pour validation une synthèse à la CSIRMT et propose les axes d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient. Une fois ce projet présenté et validé par les différentes instances de l'établissement, le DS demande aux CP de décliner ces axes au regard du projet de leur pôle et des priorités définies dans le pôle. Pour chaque objectif fixé, des indicateurs de résultat sont établis et contrôlés via le contrat de pôle mais aussi par les différentes modalités de contrôle présentées ci-dessus. Un bilan annuel est fait amenant un réajustement des priorisations sur chaque pôle. Ce bilan alimente le rapport d'activité du CP et de la direction des soins.

3.3 De la collaboration à la coopération

La collaboration est l'acte de travailler ensemble pour atteindre un objectif. Dans son sens commun, la collaboration est un processus par lequel deux ou plusieurs personnes ou organisations s'associent pour réaliser un travail suivant des objectifs communs. .

La coopération est une forme d'organisation collective qui entend promouvoir dans le domaine économique et social un système fondé sur une vision partagée des différents acteurs, dans un esprit d'intérêt général, au service de toutes les parties prenantes. Coopérer c'est travailler ensemble, à une œuvre commune. La coopération implique dépendance et solidarité vis-à-vis d'un groupe. La coopération est donc le fait, pour une personne, de s'adonner consciemment à une activité complémentaire de celle d'autres personnes dans le cadre d'une finalité commune, dans un groupe donné.²⁴ La coopération génère un travail d'équipe plus fort que la collaboration.

"Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite".²⁵

Le préalable au développement de la coopération est de construire une représentation commune, des objectifs partagés et des règles d'organisation propres à l'équipe et acceptés de tous.

La collaboration avec la DQGR est primordiale et nous devons aboutir à une coopération tant nos champs d'investigations, de responsabilités se juxtaposent. Le projet d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PACQSS) et le projet de soins ont des axes d'amélioration communs, certains vont être pilotés par le DS, d'autres par la DQGR. Il en est de même pour la gestion des risques. Il est donc essentiel que DS et DQGR se retrouvent ensemble, échangent leurs points de vue et se répartissent les rôles. Une répartition claire

24 Encyclopédie Universalis.

25 H. Ford, (1863-1947), industriel et docteur en ingénierie

de qui fait quoi facilitera la compréhension et l'adhésion de tous les acteurs aux projets. Ainsi une réunion mensuelle ou trimestrielle peut être organisée afin de faire le point sur les différentes problématiques, l'avancée des axes d'amélioration, la planification des projets. La coopération doit bien entendu être de fait dans la construction des contrats de pôle. Une première concertation doit être faite entre DS et DQGR pour fixer les objectifs généraux indispensables puis l'organisation de rencontre avec l'exécutif de chaque pôle permettra la définition d'objectifs spécifiques au pôle au regard du travail réalisé dans la concordance entre projet de soins, PACQSS et projet de pôle.

L'autre collaboration indispensable est celle réalisée avec le PCME. En effet le projet de soins vient en accompagnement et en renfort du projet médical. La collaboration se fait ici sur l'échange d'informations, les alertes concernant des défauts possibles dans la qualité de prise en charge des patients amenant à la détermination d'axes d'amélioration, la compréhension des organisations médicales et soignantes pour arriver à une organisation médico-soignante.

3.4 La communication de données

La communication de données ou « reporting » est nécessaire au pilotage de l'organisation à travers des indicateurs, regroupés dans un tableau de bord. C'est la présentation périodique de rapports et bilans analytiques sur les activités et résultats d'une organisation, d'une unité de travail ou du responsable d'une fonction, destinée à en informer ceux chargés de les superviser en interne ou en externe, ou tout simplement concernés par ces activités ou résultats. Cela permet de faire un point régulier sur la stratégie de l'entreprise, les moyens mis au service de cette stratégie et les résultats obtenus. On s'efforcera de comprendre à travers ces données et leur analyse ce qu'il s'est passé, pourquoi et comment cela s'est-il passé pour pouvoir prévoir et/ou anticiper les situations à venir. C'est un outil d'aide à la décision.

Cette transmission de données demande une organisation précise connue et respectée de tous les acteurs du processus. Il s'agit tout d'abord de cibler les données à recueillir, à partir de quelle source d'information et à quel rythme (données mensuelles, trimestrielles ou annuelles). Ensuite, la mise en forme doit être réfléchie : rendu sous forme de tableau, de graphique...qui soit lisible et exploitable. Enfin, la diffusion doit être précisée : à qui s'adressent ces données et par quelle voie de transmission est-elle faite : par courrier, par transmission informatique, sous la forme d'un rapport.

Le projet managérial précise les domaines qui font l'objet d'un contrôle par le cadre de proximité, par le CP, par le DS. Ces domaines recouvrent la qualité et la sécurité du parcours patient, la coordination des processus de prise en charge et la gestion des compétences. Les données à suivre et à transmettre doivent donc correspondre à ces domaines de contrôle : résultats des enquêtes de satisfaction patient, des audits (lavage des mains,

précautions standards, prise en charge médicamenteuse), des enquêtes de prévalence du risque d'escarre, des évaluations du dossier de soins, du nombre de formations réalisées par thématique.....

Un travail en concertation avec un représentant du système d'information, un contrôleur de gestion, des cadres (CP et cadres de proximité) piloté par le DS amènera à la constitution d'une base de données facile d'utilisation et non chronophage. La multiplicité d'indicateurs de suivi, pour lesquels l'encadrement va devoir passer un nombre d'heures à recueillir l'information et qui ne sera pas exploitable est à bannir de nos organisations.

La coopération avec le DQGR dans le cadre du contrat de pôle doit justement permettre de limiter le nombre d'indicateurs à suivre en fixant conjointement les priorités par pôle au regard du projet de soins et du PACQSS.

L'autre intérêt du suivi par tableaux de bord est d'avoir une alimentation régulière et exhaustive pour l'élaboration du rapport d'activité de chaque pôle et de la direction des soins.

Ces préconisations représentent la base de travail pour asseoir la fonction contrôle du directeur des soins dans une organisation en pôle d'activité avec des interactions entre les prérogatives de l'exécutif de pôle (chef médical et cadre paramédical de pôle) et celles du directeur des soins. Nous œuvrons tous pour l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge du patient.

Conclusion

Notre question de départ, « en quoi la mise en place des pôles et la contractualisation réalisée avec l'exécutif de pôle impacte l'exercice de la fonction contrôle du directeur des soins ? », interroge le positionnement du DS dans le cadre du projet managérial et de sa coordination avec les cadres paramédicaux de pôle.

Le passage à une dimension plus politique et stratégique du DS a renforcé sa place et son rôle dans la conduite de projet pour améliorer les organisations et leur efficacité. Sa valeur ajoutée est son expertise en organisation des soins et sa connaissance de la réalité du contexte environnemental de l'hôpital. Pour conserver cette plus-value, le DS ne doit pas perdre le contact et donc la connaissance du terrain. Il a donc tout intérêt à constituer un maillage de son organisation en mettant en place des délégations réelles et des modalités de contrôle diversifiées, adaptées au contexte, ce qui donnera tout son sens à la phrase du DS du CH C : « ce n'est pas parce que je ne suis pas là que je ne sais pas ce qui se passe ». Notre enquête sur trois centres hospitaliers a montré, par ailleurs, que les CP attendent du directeur des soins un soutien, une aide dans un cadre défini et clair pour tous. La valeur ajoutée du DS passe par la coordination des pôles : maintenir du lien et de la coopération inter-pôle. Le projet managérial doit aller en ce sens.

Pour autant, les missions confiées aux directions des soins et les modifications apportées à la composition de ces directions posent question. Si la direction qualité est de plus en plus fréquemment rattachée à la direction des soins, ce qui semble logique au regard de notre travail, plus questionnant est le rattachement à la direction des soins de la « gestion des opérations », c'est à dire coordonner l'ensemble des actions nécessaires à un changement d'organisation, à l'arrivée d'un nouveau médecin...ou bien encore la gestion des transports, comme nous l'avons entendu au cours de notre dernier stage, le directeur général n'ayant pas confiance dans le service logistique ! La composition de ces directions est là aussi très diversifiée et mériterait que nous nous y intéressions. Dans les établissements enquêtés, établissements de référence sur leur territoire, la direction des soins est composée d'un seul DS, coordonnateur général des soins, assisté par un cadre supérieur, à temps partiel pour l'un des sites. La composition des secrétariats et la qualification des agents est aussi intéressante à étudier avec très souvent des partages de temps avec d'autres directions, principalement la DRH et des qualifications allant de l'adjoint des cadres à l'agent de bureau. Cet état de fait renforce la nécessité, pour le directeur des soins, d'une organisation rigoureuse en matière de répartition des missions et activités, de la fiabilité du reporting et de l'instauration d'un climat de confiance. Ce d'autant plus que l'actualité accentue la pression sur le système de santé et particulièrement l'organisation hospitalière.

Dans le cadre du plan triennal d'économies de trois milliards d'euros prévus pour les hôpitaux d'ici 2017, les agences régionales de santé ont pour mission la maîtrise des dépenses en santé. L'accent est mis sur la rationalisation de la gestion des établissements de santé pour lesquels il s'agit d'accélérer le retour à l'équilibre financier et par conséquent de questionner l'ensemble des organisations. La question de la pertinence de l'allocation des ressources est aussi à l'ordre du jour. L'objectif affiché est la maîtrise des dépenses tout en améliorant la qualité des soins, c'est à dire travailler sur la pertinence des actions et supprimer la redondance des actes. La fonction contrôle du directeur des soins est bien là impactée.

.La future loi de modernisation du système de santé prévoit la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT). « L'objectif des GHT est de sortir de postures concurrentielles qui conduisent, d'une part, à un défaut d'offre et de recours sur certaines prises en charges et, d'autre part, au maintien d'activités redondantes et non sécurisées ».²⁶ Le GHT doit permettre de mieux travailler ensemble sur un même territoire notamment avec la formalisation et la mise en œuvre d'un projet médical partagé. Gageons que les directeurs des soins seront partie prenante de ce projet. S'il n'y a pas, à ce jour, de modèle imposé en matière de direction (commune ou non), l'organisation managériale restant au choix des directions concernées, il est prévu l'instauration d'un directoire du GHT où les présidents des CSIRMT seront membres de droit.

En tout état de cause, la fonction de directeur des soins évolue vers un management territorial des soins.

²⁶ Mission groupements hospitaliers de territoire – rapport intermédiaire – J. Hubert et F. Martineau – mai 2015

Bibliographie

Ouvrages :

- F. Clarge et P. Gless – 2012 – La performance globale dans les établissements sanitaires et médico-sociaux – Les études hospitalières – Bordeaux – 124p
- T. Nobre et P. Lambert (sous la direction de) – 2012 – le management des pôles à l'hôpital – Regards croisés, enjeux et défis – Dunod – Paris – 305p
- Cavagnol, B. Cavagnol et P. Roule – 2013 – L'essentiel des auteurs clés en management – Gualino – 136p
- J.A. Lallican – 2015 - L'art de déléguer – Dunod – Paris – 162p
- R. Aim – 2014 – La gestion de projet – Gualino – 216p
- Cavagnol et P. Roule – 2013 – Management stratégique des organisations – Gualino – 241p
- P. Marvanne – 2014 – Le lean à l'hôpital – Les études hospitalières – Bordeaux - 193p

Rapports :

- Inspection Générale des Affaires Sociales RM2010-010P, Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations mises en place dans les établissements de santé, Fév. 2010, O. Terceirie – G. Vallet – H. Zeggar
- Haute Autorité de Santé, Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé – janvier 2005
- La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre - Guide ANAP - 2010

Mémoire :

- B. Franzi – 2013 – Le projet managérial du directeur des soins, un enjeu d'accompagnement efficient de l'encadrement - EHESP

Articles :

Dossier : Pilotage des pôles – n°538 janvier/février 2011 – Revue hospitalière de France

- Management des pôles : un réseau de coresponsabilité – P. Lambert
- Comment promouvoir la performance des pôles – P.H. Glardon – L. Le Galiard
- Le pôle, échelon de pilotage des objectifs de l'établissement – E. Coulomb – N. Estienne
- Délégation de gestion et cohérence institutionnelle – C. Lachenaye-Llanas –

Professeur D. Dallay

- Management des pôles : la place des cadres dans le processus de décision stratégique et opérationnel – V. Anatole-Touzet – E. Gloaguen

Dossier : Le cadre paramédical de pôle – n°86 mai 2013 – Soins cadres

- Un enjeu majeur pour l'hôpital – M. Meno
- Un métier complexe en pleine évolution – H. Anthony-Gerroltd
- La place du cadre de santé au sein du pôle, quelques réflexions juridiques – O. Dupuy
- La collaboration entre le cadre paramédical et le cadre administratif – P.Y. Brand
- Directeurs des soins, cadres de pôle, nouveaux acteurs, nouveau type de management – M. Nicolet
- La collaboration entre le directeur des soins et le cadre paramédical de pôle – N. Pruvot

M.G. Vaissière-Bonnet – Autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle – Santé RH – n°15 mars 2010

L. Mura – le directeur des soins et l'innovation managériale – Soins Cadres n°91 p36-39 – août 2014

Textes législatifs

- Décret n° 75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics.
- Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme hospitalière et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.
- Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité cliniques ou médico-techniques

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire exploratoire

Annexe 2 : Réponses au questionnaire exploratoire

Annexe 3 : Grille d'entretien

Annexe 1 : Questionnaire exploratoire

Mon projet de mémoire porte sur l'exercice de la fonction contrôle du directeur des soins vis-à-vis de l'encadrement paramédical.

Afin de préciser le cadre de mon travail, je souhaite recueillir votre avis sur les questions suivantes :

1 – Selon vous, que signifie la « fonction contrôle » ?

2 – Le directeur des soins exerce-t-il une fonction contrôle à votre égard ?

Oui

Non

3 – Si oui, comment l'exerce-t-il ? Citez quelques exemples.

Fonction :

Cadre de santé

FF cadre de santé

Cadre de santé supérieur

Annexe 2 : Réponses au questionnaire exploratoire

Selon vous, que signifie la « fonction contrôle » ?

1 - Synonyme : VERIFIER (BIEN / PAS BIEN)

(Différent de « manager » qui correspond plus, selon moi à EVALUER)

2 - En ce qui me concerne, la « fonction de contrôle » permet à une personne qui a des responsabilités managériales de vérifier la mise en œuvre des projets. De plus, je trouve que c'est important pour l'équipe de voir que l'on s'intéresse à son travail. Mais le contrôle doit être associé à la disponibilité et à la capacité d'écoute. En effet, je trouve que par le fait d'être « contrôlé », on valorise aussi notre travail. Cela doit nous permettre de faire remonter à notre hiérarchie nos réussites ou nos difficultés. Le contrôle permet d'avoir une vision d'ensemble des actions et permet certainement de mieux manager et d'assurer la cohésion.

3 - C'est une vérification régulière des actes réalisés permettant la connaissance des dysfonctionnements et par conséquent leur analyse.

Contrôler c'est aussi demander de rendre compte de ses activités.

Le contrôle est selon moi un principe d'amélioration de la qualité, le cadre étant garant de la qualité et de la sécurité des soins prodigués aux patients, il va s'attacher aux pratiques professionnelles et aux équipes qui les réalisent.

4 - Dans le domaine de l'évaluation, partie qui consiste à vérifier un attendu, une action, le résultat d'une activité. Se situe dans la mesure d'un écart, en lien avec des critères et des indicateurs.

Évaluer le degré d'adéquation entre des informations et des critères en lien avec des objectifs fixés.

Domaine de la mesure

5 - La fonction contrôle fait partie de mon travail, étant garante des soins je suis tenue de vérifier que les agents soient capables d'effectuer leurs prestations, alors je pense que le directeur de soins doit s'approcher de ses agents dans ce sens.

6 - Adapter les ressources aux besoins en fonction des objectifs fixés.

Le directeur des soins s'assure de l'efficience en ressource afin d'atteindre les objectifs.

Il s'assure également que les ressources sont compatibles et suffisantes en fonction du but à atteindre.

7 - Supervision avec vérification du respect :

- ⤴ de la réglementation,
- ⤴ des directives de la hiérarchie,
- ⤴ de l'organisation du travail,
- ⤴ du temps de travail,
- ⤴ de l'application des consignes données.

- ⤴ de la qualité du travail effectué.
- ⤴ de l'investissement de l'agent.

8 - Notion de vérification du travail fait : nécessite d'avoir défini un modèle ou d'avoir donné des consignes précises.

Contrôle nécessaire lors de la délégation ;

Fonction importante pour la reconnaissance du travail de l'autre : importance du retour positif.

Permet de valoriser, de déterminer des axes d'amélioration et d'adapter son management.

9 - il s'agit pour moi de s'assurer que les actes, processus, procédures ou autres respectent les normes de qualité attendues. Elle nécessite selon moi à posteriori une analyse de situation, une demande d'explication en cas d'écart constaté ainsi qu'une argumentation en faveur du respect de la norme. Un objectif qualitatif peut être fixé et une évaluation postérieure confirmera le retour à la situation attendue.

10 - S'assurer que l'agent ait une bonne maîtrise de la tâche qu'on lui a confiée ou du projet qu'il mène afin de pouvoir s'appuyer sur son travail.

Le directeur des soins exerce-t-il une fonction contrôle à votre égard ?

Oui : 1+1+1+1+ 1 +1 + 1 + 1+1

Non : 1

Si oui, comment l'exerce-t-il ? Citez quelques exemples.

1 - Par délégation, par le biais des cadres supérieurs.

2 - Comme je le disais elle est bienveillante, accessible et à l'écoute. Elle nous demande tout le temps si ça va et nous reçoit au moindre problème. Elle est présente sur les grands projets et vérifie que la mise en œuvre se passe bien. Elle nous demande un listing annuel de nos réunions de service.

4 - Contrôle de tableaux de bord (absentéisme...) Contrôle de délai de rendu de rapports par exemple

5 - En me rendant visite, en échangeant sur ma façon de manager, en m'écoutant activement, en échangeant aussi avec les agents que je dirige.

6 – Audits. Répartition des effectifs paramédicaux. Efficience du personnel adaptée aux besoins.

7 - De façon indirecte :

- ⤴ Par les cadres de pôle
- ⤴ Par les rapports d'activité.
- ⤴ Par les entretiens d'évaluation.
- ⤴ Par le retour d'agents de l'équipe que je gère.
- ⤴ Par le retour de l'analyse des questionnaires de sorties (en service de soins).

- ⤴ Par le retour d'audit.
- ⤴ Par l'analyse du taux d'absentéisme des agents.
- ⤴ Par le biais de rapports des partenaires sociaux .

De façon directe :

- ⤴ Par des entretiens individuels à sa demande ou à la mienne.

8 - Audits institutionnels, par l'intermédiaire du CSS, Validation des projets, Missions transversales

9 - Le directeur des soins contrôle l'application de sa politique de soins grâce au suivi des projets portés par les différents cadres qu'il manage, s'assure que l'organisation des soins réponde à ce qui est établi dans le projet de soins de l'établissement. Il peut utiliser les moyens qualitatifs institutionnels disponibles (audits, FEI, EPP, ...) ainsi que les retours des Cadres Supérieurs des différents pôles (réunions, compte rendus...) des outils d'analyse et de suivi (tableaux de bord) sont également disponibles. Il interroge les pratiques au cours de réunion formelles ou moins formelles avec les équipes.

10 - Pour moi cela s'exprime par un suivi des dossiers avec des points en commun très régulier, ce qui permet de maintenir une progression constante des projets jusqu'à leur terme.

Annexe 3 : grille d'entretien

Guide entretien – base commune

Recueil pour chaque thématique de l'avis du DS, du CP, du médecin, du directeur

1 - Organisation polaire

- ✓ Constitution de l'exécutif : chef de pôle – cadre paramédical de pôle – cadre administratif – directeur délégué
- ✓ Rôle et place de chacun
- ✓ Existence de délégation et si oui lesquelles (formalisation, document)
- ✓ contrat de pôle : comment, quoi

2 – Organisation / soins

- ✓ CLAN – CLIN – CLUD – Escarres – Dossier soins
- ✓ Existe t-il une organisation institutionnelle / référent par pôle / service ?
- ✓ Participation du DS aux instances / comité ?
- ✓ Quel retour / qualité observée ?
- ✓ IDE ou cadre en mission transversale ? Sur quel thématique ? Quel retour ?
- ✓ Indicateurs – IPAQSS – tableaux de bord – enquête de satisfaction
- ✓ étude des EI / analyse – CREX
- ✓ réalisation d'audit : quelle analyse, diffusion des résultats
- ✓ Coordination avec cellule qualité

3 – Gestion des cadres

- ✓ Comment sont gérés les absences – les congés – les gardes
- ✓ Quid Reporting, et si oui lequel, comment....
- ✓ Réunions ? Cadres de pôle
- ✓ Délégation : ordre de mission
- ✓ Fiche de poste actualisée ?

4 – Évaluation

- ✓ Qui évalue qui ?
- ✓ Sur quelle base : préparation – document – entretien

- ✓ Quels éléments sont pris en compte

5 – Contrôle

- ✓ Qu'est-ce pour vous la fonction contrôle ?
- ✓ Pensez-vous que le DS a une fonction contrôle ?
- ✓ Si oui, comment l'exerce-t-il ?

Questions sous-jacentes :

la place du projet de soins – la place de la CSIRMT

Nicol	Sylvie	07/12/15
Directeur des Soins Promotion 2015		
Pour une fonction contrôle du directeur des soins pertinente et efficiente		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>		
<p>Résumé :</p> <p>La loi HPST et le décret du 11/06/2010 font du pôle la seule structure obligatoire de l'hôpital, apportant une identité renforcée au chef de pôle et confirmant le pôle dans sa fonction de support privilégié du pilotage interne.</p> <p>Dans cette organisation, nous nous interrogeons sur la place du directeur des soins et sa marge de manœuvre dans l'exercice de sa fonction contrôle sur la qualité de la prise en charge du patient.</p> <p>Après une enquête menée dans 3 centres hospitaliers, nous préconisons la formalisation d'un projet managérial et d'un projet de soins qui clarifient le fonctionnement du directeur de soins avec l'encadrement, les attentes des uns par rapport aux autres et les modalités de contrôle qui en découlent.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Directeur des soins – fonction contrôle – pôle – projet managérial – projet de soins – coopération – délégation - reporting</p>		
<p><i>L'École des Hautes Études 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.</i></p>		