



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Directeur des soins et Président de la
commission médicale d'établissement :
vers une collaboration efficiente**

Karine CARLETTA

Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes, Directeurs des soins, Médecins, Directeurs d'hôpital, qui ont contribué à ce travail de recherche en acceptant de me consacrer un peu de leur temps précieux et de partager leurs expériences riches d'enseignement.

Je souhaite exprimer ma profonde reconnaissance à ceux qui m'ont soutenue, encouragée et accompagnée tout au long de ce projet.

Mes remerciements vont aussi à mes collègues de promotion pour les moments de partage, d'amitié et de solidarité, et pour ceux qui ont contribué directement à ce travail.

Enfin, je dédie tout particulièrement ce travail à mes enfants et à mes parents qui par leur soutien, leur présence, leur patience et leur compréhension ont pu rendre possible cette année de formation.

Sommaire

Introduction	1
1 Les grands virages de l'hôpital public	7
1.1 Une succession de réformes.....	7
1.1.1 Rappel historique : la construction de l'hôpital moderne.....	7
1.1.2 L'Hôpital-entreprise	8
1.1.3 Etat des lieux de la mise en place de la nouvelle gouvernance	9
1.2 Les changements dans les relations managériales	11
1.2.1 Le directeur d'établissement	11
1.2.2 Le président de la commission médicale d'établissement	12
1.2.3 De l'infirmière générale au Directeur des soins	14
1.3 La collaboration interprofessionnelle.....	16
1.3.1 Théorie et définitions.....	16
1.3.2 Les champs partagés	18
1.3.3 Un nouveau rôle pour le directeur des soins.....	20
2 L'enquête de terrain	23
2.1 La méthodologie de l'enquête	23
2.1.1 La démarche choisie.....	23
2.1.2 Les personnes ciblées.....	24
2.1.3 Les limites de l'enquête	24
2.2 Résultats et analyse croisée des données recueillies	25
2.2.1 Analyse par catégorie professionnelle	25
2.2.2 Analyse par binôme et par établissement	30
2.2.3 Synthèse de l'analyse.....	33

3 Les préconisations	37
3.1 Une collaboration à créer et à faire vivre	37
3.1.1 La nécessité d'implication du DS dans l'exorde de la collaboration avec le PCME....	37
3.1.2 La capacité du positionnement du directeur des soins	38
3.1.3 L'importance des temps de communication.....	38
3.2 Une culture partagée comme levier de collaboration	39
3.2.1 Le parcours patient à travers la politique qualité et sécurité des soins	39
3.2.2 Le développement de la recherche en soin	40
3.2.3 Un plan de formation continu partagé	41
3.3 Un enjeu d'avenir commun : le territoire	42
3.3.1 Les groupements hospitaliers territoriaux	42
3.3.2 Dynamiser les coopérations hospitalières existantes.....	44
3.4 Synthèse des préconisations	45
Conclusion	47
Bibliographie	51
Liste des annexes	I
Annexe 1 : décret du 30 décembre 2009 relatif au PCME	III
Annexe 2 : décret du 20 septembre 2013 relatif à la CME	VII
Annexe 3 : article 4 du décret du 19 avril 2002 portant statut du corps des DS	XIII
Annexe 4 : guide d'entretien destiné aux DS	XVII
Annexe 5 : guide d'entretien destiné aux PCME	XIX

Liste des sigles utilisés

ARS :	Agence régionale de la santé
AS :	Aide-soignante
ASH :	Agent de service hospitalier
CGS :	Coordonnateur général des soins
CH :	Centre hospitalier
CHT :	Communauté hospitalière de territoire
CHU :	Centre hospitalo-universitaire
CLAN :	Comité de liaison en alimentation et nutrition
CLIN :	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD :	Comité de lutte contre la douleur
CME :	Commission médicale d'établissement
CNG :	Centre national de gestion
CRUQPC :	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSIRMT :	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
DGOS :	Direction générale de l'offre de soins
DS :	Directeur des soins
EPRD :	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
GHT :	Groupement hospitalier de territoire
GPMC :	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
HPST :	Hôpital, patients, santé, territoires
IFSI :	Institut de formation en soins infirmiers
IPAQSS :	Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et sécurité des soins
NG :	Nouvelle gouvernance
PCME :	Président de la commission médicale d'établissement
PCSIRMT :	Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
PHRC :	Programme hospitalier de recherche clinique
PHRIP :	Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale
UFR :	Unité de formation et de recherche

Introduction

« J'enseignais qu'on ne doit jamais cesser de penser à ses malades ; C'est à force d'y songer qu'on parvient à voir clair. On ne doit jamais se contenter d'une simple hypothèse ou même de plusieurs. Il faut accumuler les preuves d'un diagnostic précis. Voir clair avant tout, telle est la consigne. »

Robert Debré, « L'honneur de vivre », 1974

Les 25 et 26 janvier 1983, le Conseil économique et social votait un rapport et un avis sur la « réforme hospitalière : bilan et perspective »¹, présenté par la section des Affaires sociales. Un grand nombre des perspectives dressées alors se révèlent aujourd'hui prémonitoires, à commencer par l'indispensable et urgente adaptation de l'hôpital au vieillissement de la population. Après le dramatique épisode de canicule de l'été 2003, force est de constater que cette recommandation reste encore aujourd'hui d'actualité.

Depuis, une tendance lourde s'est renforcée : l'hôpital public joue un rôle croissant en terme de recours social pour les personnes en situation de précarité. Cela est notamment vrai pour les « nouveaux pauvres » exclus d'un système économique en pleine mutation, en particulier du système de soins ambulatoires de plus en plus formaté pour une prise en charge « normalisée », et du système de soins hospitaliers dont la prise en charge est marquée par une technicité et une hyperspécialisation croissantes.

D'autres questions soulevées dans ce rapport restent également toujours d'actualité. Les contraintes financières n'ont cessé de s'accroître, en même temps que se sont accélérées les innovations technologiques, rendant la médecine de plus en plus coûteuse.

Comment optimiser l'allocation de ressources du système de santé ? Comment permettre aux gestionnaires hospitaliers d'être de véritables managers ? Comment faire perdurer la recherche clinique, spécifique de l'hôpital public, capitale mais « qui apparaît encore comme une charge indue ? » comme le soulignait déjà ce rapport.

¹ P. Hofman « La réforme hospitalière : bilan et perspectives » 1983

Sur ces sujets capitaux, le Conseil économique et social a estimé qu'il était indispensable de comprendre pourquoi et comment nous nous posons encore ces mêmes questions en dressant un état des lieux plus de vingt ans après ce travail fondateur.

C'est au cours d'une séance du 28 juin 2005 du Conseil économique et social, qu'est présentée à nouveau une étude sur « l'hôpital public en France : bilan et perspectives »².

Ce travail avait pour ambition de faire un état des lieux, mais aussi d'actualiser des perspectives au début du nouveau millénaire.

Devant l'urgence et l'importance des réformes à entreprendre, le gouvernement dans le cadre du plan 2007, a mis en œuvre de façon concomitante toute une série de réformes qui a mobilisé les acteurs de l'hôpital de manière intensive et parfois anarchique, apportant des réponses fortes mais partielles aux difficultés de l'hôpital public.

Quelle autre organisation, publique ou privée, pourrait faire face à autant de défis ?

A l'image du monde dans lequel il évolue, l'hôpital public, souvent présenté comme le miroir de la société, se trouve écartelé entre les exigences contradictoires. D'un côté, les urgences hospitalières accueillent de plus en plus de personnes âgées et de personnes démunies, nécessitant une prise en charge globale qui dépasse les soins purement médicaux. De l'autre, la médecine hospitalière pour les soins dits programmés, devient de plus en plus technique, spécialisée et coûteuse. Finalement, deux univers différents cohabitent au sein de l'hôpital : peuvent-ils se comprendre ? Que peuvent-ils faire ensemble ? Quelles sont les passerelles possibles ?

Tous les ingrédients d'une crise de valeurs, d'une véritable crise de l'identité hospitalière, sont alors en place. Cette crise se traduit par l'émergence de questions nouvelles, qui commençaient néanmoins à être posées en 1983 : quelles sont finalement les missions du services public hospitalier qui font l'honneur de l'hôpital public ? L'économique doit-il primer sur les soins ? Comment assurer la cohérence des réformes en cours ?

A défaut de réponses claires à ces questions, les acteurs de l'hôpital public perdent leurs repères : le dévouement demeure, mais on ne donne plus sans compter, puisqu'il faut tout quantifier pour mieux gérer...et le « *souçon crée ce qu'il craint* », pour reprendre l'aphorisme du philosophe Jacques Lacan : à un certain moment, la crise d'identité s'autoalimente et devient affective, irrationnelle.

Il est donc urgent que l'ensemble des acteurs de l'hôpital public se réapproprie ses valeurs et adhèrent à un projet clair qui soit courageusement débattu et partagé.

² E. Molinié « L'hôpital public en France : bilan et perspectives » 2005

Les pistes de réflexion de cette étude ont amené à s'interroger sur l'avenir du système de distribution des soins dans son ensemble et à la place de l'hôpital public par rapport aux autres acteurs de santé.

Les préconisations alors énoncées sont d'actualité dix ans après : l'hôpital public a bien comme mission de « soigner le mieux possible tout le monde, à tout moment et au meilleur coût ». Même si le soin est le premier dans l'ordre des missions hospitalières, il est indispensable de l'associer de façon consubstantielle à l'enseignement et à la recherche. Pour cela, l'hôpital public doit s'appuyer sur trois valeurs que sont la qualité, l'équité et l'efficace, qui fondent elles-mêmes la qualité globale du système de santé.

La qualité ne doit pas se limiter au seul champ des soins médicaux, mais être comprise comme la prise en charge globale du patient.

L'équité pose le principe de non-discrimination et de permanence des soins, donc de leur accessibilité à qualité égale.

L'efficace quant à elle, ne peut se réduire au seul rapport coût /efficacité, mais doit impérativement intégrer le rapport bénéfice/risque, et l'utilité de l'acte médical en tant que tel.

Pour répondre à ces missions, E. Molinié répond à trois questions, qui finalement ont été les grandes orientations de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009³, et aujourd'hui le socle du projet de loi de modernisation de notre système de santé du ministre de la santé, Marisol Touraine.

Qui fait quoi ? L'hôpital public ne peut se résumer aux Centres hospitalo-universitaires (CHU). Il convient de déterminer clairement trois niveaux de prise en charge par ordre de technicité croissante, de l'hôpital de proximité, au Centre hospitalier puis au CHU.

L'honneur de l'hôpital public réside aussi dans sa capacité à déléguer à d'autres, en reconnaissant la valeur des réalisations faites par les établissements délégataires, tout en assumant un rôle de référent.

Qui dirige l'hôpital ? Il faut sortir de l'ambiguïté de hiérarchies parallèles, médicales d'un côté et gestionnaire de l'autre, et affirmer la primauté d'un véritable manager sur l'ensemble du personnel et des activités d'un hôpital. De nombreuses structures sont aujourd'hui organisées à la fois par hiérarchie et par projets. Ce mode d'organisation est transposable à l'hôpital public afin de respecter l'indépendance de la décision médicale par rapport à la décision hiérarchique ; le véritable enjeu du devenir de l'hôpital public est d'abord celui de son organisation avant d'être celui des moyens dont il dispose.

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Vers un hôpital « hors des murs ? Dans le monde de la santé qui évolue à la vitesse des progrès technologiques, les deux maîtres mots deviennent mutualisation des moyens et rapidité dans la transmission de l'information. L'hôpital ne peut donc plus être un lieu clos, à la fois difficile d'accès pour les acteurs de la santé qui lui sont extérieurs, et dont les propres acteurs ne sont pas suffisamment tournés vers l'extérieur. L'hôpital public doit trouver sa place dans un territoire de santé et jouer un rôle central en matière de soins préventifs, curatifs et palliatifs.

Hier, aujourd'hui et demain, l'objectif premier était, est et sera d'assurer des soins de qualité à tous, tout en recherchant l'optimisation des ressources allouées à l'hôpital sans éluder la réflexion sur l'aptitude de chaque acteur à répondre aux besoins.

C'est donc au cours des différentes réformes hospitalières que se sont construits les managers d'aujourd'hui. Historiquement, il s'est construit trois groupes professionnels emblématiques : les directeurs d'hôpital, les médecins et les paramédicaux.

Si la gestion hospitalière a été longtemps confiée au corps administratif (depuis la loi de 1941 qui crée la fonction de directeur), progressivement est apparu la collaboration du corps médical (la loi de 1970 crée la Commission médicale Consultative qui deviendra délibérative en 1987 en s'appelant désormais la Commission médicale d'établissement), puis le corps soignant, avec le grade d'infirmière générale en 1975, membre de l'équipe de direction en 1991 puis directeur des soins en 2002.

Ainsi, les réformes successives du système hospitalier ont modifié le positionnement des différents acteurs, notamment celui des médecins et du directeur des soins.

La loi HPST devient à ce titre une véritable révolution hospitalière par la mise en place des pôles d'activité, confiés alors à un chef de pôle médicale et un cadre paramédical. Ces nouveaux acteurs se sont vu confier des missions qui auparavant revenaient aux directions fonctionnelles, dont la direction des soins, l'obligeant à adapter son management aux évolutions, aux modifications des lignes hiérarchiques, aux pouvoirs et aux missions.

Dans ce nouveau schéma organisationnel, la place et le rôle du directeur des soins ont été affirmés par Décret du 29 septembre 2010, lui reconnaissant de fait, un positionnement stratégique et politique dans les organisations, notamment dans les instances telles que le directoire. Une place légitimée que le directeur des soins doit investir pleinement dans une instance où la représentation médicale est forte.

Aujourd'hui, le DS est à l'interface entre trois mondes : médical, administratif et soignant. De part son positionnement, il peut être l'élément de communication entre le directeur général, les médecins et les paramédicaux au service du patient. Cela impose une acculturation réciproque et une adaptation du management qui n'est plus uniquement sur un modèle hiérarchique mais transversal.

C'est un véritable changement culturel qui s'opère pour le président de la commission médicale (PCME) et le directeur des soins, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSMIRT) qui se retrouvent concernés de manière différente mais interdépendante. Des enjeux sont effectivement communs comme la qualité et sécurité des soins, des prises en charge efficaces pour obtenir la satisfaction du patient. L'efficacité des organisations repose sur leur pilotage et la mise à disposition des compétences adéquates, au bon endroit, pour le bon patient et au moindre coût. C'est cette réflexion que doivent conduire le PCME et le DS en partenariat avec leur communauté respective.

Il s'avère donc essentiel pour un pilotage institutionnel optimal que la collaboration entre le directeur des soins et le président de la CME soit efficace et basée sur de nouveaux types de relation, dans le respect des prérogatives de chacun. Le directeur des soins et le président de la CME sont habitués, par leur profession et leur histoire commune, à travailler ensemble et à se côtoyer, mais dans le cadre de la nouvelle gouvernance, ils doivent ajuster leurs périmètres d'actions.

Ce constat nous amène à nous poser la question de départ suivante :

« Si la collaboration professionnelle entre le PCME et DS semble indispensable pour l'organisation de l'établissement, existe-t-il des leviers qui permettent de l'instaurer ? »

Pour conduire ce travail de recherche, nous nous appuyerons sur un questionnaire qui va servir de socle de notre travail d'enquête. Pour cela, nous formulerons plusieurs hypothèses :

- L'impact des réformes hospitalières a conduit le DS et PCME à travailler ensemble.
- Les champs partagés favorisent les temps d'échange entre le DS et PCME
- La capacité du DS à se positionner auprès du PCME et en directoire contribue à la construction d'une relation forte.
- Les indicateurs de réussite se situent dans la déclinaison des projets institutionnels au niveau des pôles.

Afin de comprendre les évolutions du positionnement et des relations entre ces deux acteurs incontournables, nous ferons dans une première partie, une analyse du contexte des réformes, pour en dégager les impacts majeurs sur ces deux corps de métier, notamment dans leur positionnement managérial.

Notre seconde partie sera consacrée à l'analyse des entretiens menés auprès des PCME et des directeurs des soins afin d'étudier ce qui est décliné concrètement sur le terrain et leurs stratégies de communication et de mode de fonctionnement.

Enfin, l'analyse de ces propos nous permettra de dégager des pistes de réflexions et des préconisations pour une collaboration efficace du directeur des soins avec le président de la CME.

1 Les grands virages de l'hôpital public

1.1 Une succession de réformes

1.1.1 Rappel historique : la construction de l'hôpital moderne

A l'origine, le champ hospitalier se construit sans médecin. Le champs médical se construit ailleurs, à l'université et au domicile des patients : la médecine est avant tout un enseignement théorique, qui délègue aux chirurgiens, barbiers et inciseurs la pratique au chevet du malade. Il faudra attendre le XIVème siècle et surtout la Renaissance pour que le médecin ait un rôle d'expert et entre dans l'hôpital.

C'est au moment de la Révolution française que l'hôpital est consacré comme lieu de soin et que le pouvoir hospitalier est transféré au médecin. Le projet de ces années révolutionnaires est d'édifier un nouveau système sur l'assistance et non sur la charité, une assistance pensée, régulée, prise en charge et contrôlée par l'Etat. De la charité, l'hôpital passe donc à l'assistance. Celle-ci, dont l'idée prévaut encore aujourd'hui, est officialisée sous la IIème République par la loi du 7 août 1851, véritable « première charte hospitalière », qui établit la mission d'assistance publique de l'hôpital. Pour aider les hôpitaux à s'émanciper et à mieux assurer leur mission de service public, la loi les dote de la personnalité morale, qui leur confère une autonomie, disposant d'un budget, d'un patrimoine et du droit d'agir en justice.

Le début du XXème siècle est marqué par l'émergence du financement assurantiel de l'hôpital et la création des assurances sociales obligatoires pour tous les employés du commerce et de l'industrie. Peu à peu, l'hôpital tire l'essentiel de ses ressources non plus de la commune, mais des fonds d'assurance sociale.

La loi de 1941 fonde l'hôpital public et transforme profondément sa conception, notamment en l'ouvrant aux malades payants.

Mais ce sont deux réformes qui vont engager le système hospitalier dans la modernité : les ordonnances de Debré en 1958 qui ont donné à la médecine française son élan vers l'excellence, et la loi Boulin en 1970 qui a notamment créé le service public hospitalier.

Depuis, les réformes se sont succédées à un rythme soutenu, plaçant le système sous tension permanente.

Qu'elles soient globales, (réforme hospitalière du 31 juillet 1991, réforme d'avril 1996) ou plus précisément réformatrices sur des points particuliers (réforme instituant la dotation globale et les centres de responsabilité en 1983), ces réformes ont affiché l'ambition de structurer le réseau hospitalier sur le territoire pour un meilleur accès aux soins et de rationaliser la gestion des établissements.

Les deux réformes qui font entrer l'hôpital dans le XXIème siècle, les ordonnances de 2003 et 2005 et la loi « hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de juillet 2009, sont d'inspiration plus libérale. Elles ambitionnent de moderniser l'hôpital public et de l'adapter à son nouvel environnement en le dotant des outils de management de l'entreprise (financement, gouvernance), en organisant une possible privatisation par les partenariats public-privé. Elles modifient enfin en profondeur la structure même du système hospitalier français en supprimant le service public hospitalier et en ouvrant la possibilité de confier des missions de service public à tout « offreur de soin ».

D'apparence, cela peut constituer une rupture avec la place et le rôle confiés depuis des siècles à l'hôpital dans la cité, et une rupture encore plus nette avec la conception récente du service public hospitalier. Mais ce nouvel « hôpital-entreprise », plus proche d'une très grande clinique privée que de l'hôpital traditionnel, constitue-t-il le vrai point de rupture ?

1.1.2 L'Hôpital-entreprise

La réforme de la gouvernance, entreprise avec l'ordonnance du 2 mai 2005 qui crée les pôles d'activité et le conseil exécutif, est parachevée avec la loi HPST qui renforce les compétences et les pouvoirs de l'exécutif représenté par le directeur. Le conseil d'administration, supprimé, est remplacé par un conseil de surveillance dont le président est élu parmi les représentants des élus ou des personnes qualifiées. Ce conseil a des compétences générales (stratégie et surveillance de l'exécutif).

Les compétences budgétaires et d'organisation sont transférées au directeur qui préside le directoire. Celui-ci est composé de « *membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique* »⁴ nommés par le directeur, sauf les membres de droit : le président de la CME, vice-président du directoire, le président de la CSIRMT, ainsi que le directeur de l'UFR de médecine et le représentant des organismes de recherche dans les CHU.

Le directoire « *élabore avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel de moyens et d'objectifs, le projet médical de l'établissement* », il « *prépare le projet d'établissement* » et il « *conseille le directeur dans la conduite et la gestion de l'établissement* ».⁵

Bien que la loi n'ait en rien modifié le statut de l'hôpital public, personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière et dont l'objet n'est ni industriel, ni commercial, la réforme profonde de sa gouvernance et l'assouplissement de ses règles de fonctionnement (en matière de ressources humaines notamment), lui confèrent des attributs de l'entreprise.

⁴ Art L. 6143-7-5 du Code de la santé publique, loi HPST

⁵ Art L. 61-7-3 et 6143-7-4 du Code de la santé publique, loi HPST

Doté d'un véritable « patron »⁶ qui pourra recruter des praticiens cliniciens contractuels, des personnels soignants contractuels, qui nomme les chefs de pôle et les responsables des secteurs d'activités, qui arrête le projet médical après avis de la CME, qui fixe l'organisation et les prévisions de dépenses et de recettes, l'hôpital est « enfin gouverné ». Allégé des charges du service public et des pesanteurs administratives ou statutaires, il peut sembler mieux armé pour conquérir de nouvelles parts de marché sur les activités de soins.

Dans ce contexte, la pratique de la tarification à l'activité (T2A) revêt de nouveaux enjeux : il s'agit d'optimiser les recettes pour dégager le maximum de ressources. Les risques sur la qualité des soins par le raccourcissement excessif des séjours, la reconvoction des patients et le développement démesuré des soins de suite peuvent se réaliser.

De plus, on peut constater d'autres effets « indésirables » : décision de gestion de court terme pour optimiser les résultats financiers⁷, externalisation de tâches hospitalières (courriers médicaux), codage opportuniste malgré les contrôles et les sanctions, usage abusif de la liste en sus qui permet le remboursement à l'hôpital des médicaments et des dispositifs coûteux.

Ainsi, on a pu dire de cette réforme qu'elle était « de nature à réformer l'hôpital pour le pire ou le meilleur. »⁸

1.1.3 Etat des lieux de la mise en place de la nouvelle gouvernance

Selon Schier et Meier⁹, la gouvernance hospitalière (GH) se révèle notoirement délicate d'une part par la complexité des relations internes entre les organes décisionnels (la sphère administrative) et les sphères opérationnelles (dont la sphère médicale) et d'autre part, les interactions nombreuses entre l'établissement, du fait de son statut de pourvoyeur de service public.

Deux constats s'imposent, le premier concerne la confusion importante qui affecte la GH et plus précisément le rôle et les acteurs impliqués, et le second est celui d'une concentration progressive des pouvoirs décisionnels entre trois acteurs : le directeur d'établissement, la tutelle extérieure représentée par le directeur de l'ARS, et le président de la CME.

⁶ Discours du président de la République à Bordeaux lors de l'installation de la commission Larcher, 16 octobre 2007

⁷ Cour des comptes, La sécurité sociale, chap. XI « La situation financière des hôpitaux », septembre 2010

⁸ D. Tabuteau, « La loi HPST peut mener à la privatisation du système de santé » juin-juillet 2010

⁹ O. Miere, G. Schier, « Quelles théories et principes d'actions en matière de gouvernance des associations. » Revue Management et Avenir, 2008

L'hôpital incarne initialement selon Mintzberg¹⁰ une structure de type « bureaucratie professionnelle » où prédomine un centre opérationnel relativement autonome. Le déficit de pilotage qui en découle, conforte la position des praticiens au faite de la hiérarchie hospitalière. Ainsi, une formation initiale poussée et un apprentissage constant, font des médecins les détenteurs d'une connaissance spécifique, relative à l'art de soigner. Le directeur appartient à un corps professionnel distinct auquel les soignants n'accordent pas la même reconnaissance, ce qui peut affecter sa position.

Pour d'aucuns, la place des médecins semble s'être affaiblie avec le durcissement de la contrainte budgétaire.

Afin de décloisonner la sphère administrative et la sphère médicale, la NG a mis en place les pôles d'activité financièrement responsabilisés. Les médecins sont étroitement impliqués dans la gestion des pôles si bien qu'on puisse évoquer un glissement de la fonction de praticien hospitalier vers un *manager de proximité*. La place du directeur évolue en conséquence, le management décentralisé vers les pôles le désengageant de sa fonction quotidienne de gestionnaire au profit de celle de manager stratégique.

Alors même que la réforme entamée en 2005 était en cours de mise en œuvre, la loi HPST remet en cause la nouvelle gouvernance. Elle poursuit les modifications amorcées en accentuant la place centrale du directeur, mais s'en distingue fortement concernant l'implication du corps médical. Leur place dans la GH est remise en cause et la CME retrouve un rôle plus consultatif que délibératif.

Si le terme de « patron » a ravivé les tensions entre le corps médical et la sphère administrative, une étude de terrain réalisée par O.Mier¹¹ souligne l'impact décisif d'une coopération de qualité entre administrateurs et médecins pour la performance organisationnelle d'établissements de santé. Finalement, malgré une redistribution des responsabilités et la création de nouvelles instances, la loi HPST semble surtout entraîner une personnalisation de la GH autour du Directeur, du Président de la CME et du Directeur de l'ARS.

En effet, l'actuelle GH confirme la faiblesse persistante de la marge de manœuvre du directeur malgré la réforme de 2009. « Agent » étroitement encadré par une tutelle externe désormais plus influente, le directeur est certes responsabilisé et placé au cœur de la GH, mais doit agir sous le contrôle du directeur de l'ARS, en concertation avec le président de la CME, représentant incontournable du corps médical.

¹⁰ H. Mintzberg « The structuring of organization » McGill University. 1979

¹¹ O. Mier. « A cognitive Reading of hospital Governance » Problems and perspectives in Management, vol 10 n°2, p 73-80

Fortement contraint en externe par la tutelle, et devant composer en interne avec une sphère médicale puissante, le directeur demeure plus gestionnaire que stratège. Il est amené à collaborer étroitement avec le directeur de l'ARS et le président de la CME. Tous trois centralisent les fonctions de la nouvelle gouvernance, même si dans les faits, le degré d'autonomie accordée par la tutelle varie en fonction des particularités locales et si les rapports interpersonnels conditionnent fortement la collaboration entre le directeur et le président de la CME.

Alors que la situation économique appelle gravité, rigueur et efforts de tous les acteurs, et qu'il est nécessaire de dépasser les combats inutiles et coûteux entre professionnels (médecins/directeurs) ou entre secteurs (clinique/hôpital) pour garantir la pérennité d'un système hospitalier apprécié par tous, il paraît indispensable de rappeler les vrais enjeux de santé publique : l'organisation des soins, la réaffirmation des valeurs de solidarité et d'équité qui fondent le service public hospitalier et donnent du sens à l'action des professionnels.

1.2 Les changements dans les relations managériales

1.2.1 Le directeur d'établissement

Si le statut de directeur d'hôpital a été créé officiellement le 21 décembre 1941 par la loi ouvrant l'hôpital public à tous, le groupe professionnel des directeurs d'hôpital mettra trente ans à se constituer.

Les dix premières années, le directeur « économe » prépare et exécute les décisions de la commission administrative.

De 1955 à 1970, les missions du directeur s'étoffent progressivement tant en terme de compétences (aux dépens de la commission administrative avec le pouvoir de nomination et d'ordonnancement des dépenses) qu'en nombre, avec l'apparition des équipes de direction. Rappelons qu'en 1958, il est nommé ordonnateur.

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

Cette évolution s'est poursuivie avec la loi HPST qui renforce les pouvoirs du directeur dans l'organisation interne de l'établissement. Il dispose d'une compétence générale pour diriger l'établissement en dehors de celle du conseil de surveillance. Il est ordonnateur de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD).

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activités conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME. C'est également lui qui a désormais compétence pour la nomination des chefs de pôles sur présentation d'une liste élaborée par le président de la CME.

De façon strictement similaire aux fonctions qu'il exerçait vis-à-vis du conseil d'administration, le directeur prépare les travaux du conseil de surveillance, y assiste et exécute ses délibérations ; il conserve le pouvoir de nomination dans l'établissement et propose au directeur du Centre National de Gestion (CNG) celles des directeurs adjoints et des directeurs de soins. De la même façon, il propose, après avis du président de la CME, la nomination du personnel médical, pharmaceutique et odontologique qui exerce tout ou partie de ses activités dans l'établissement.

La nomination des directeurs (en conseil des ministres par décret du ministre de la santé et du ministre de l'Université et de la recherche) est à durée limitée pour les hôpitaux les plus importants. Le directeur peut, dans l'intérêt du service public, être révoqué par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du conseil de surveillance.

La modernisation des hôpitaux publics va homogénéiser les lieux de travail des directeurs qui vont forger, grâce à leur nouvelle école, une identité professionnelle originale. En ce sens, on peut parler d'un métier de « l'État providence »¹² et d'une profession statutaire à la française. Toutefois, l'identité d'entrepreneurs locaux de service public qui fut celle des premières générations est aujourd'hui remaniée.

1.2.2 Le président de la commission médicale d'établissement

Essentiellement tourné vers leur art, les médecins ont contribué à l'essor d'une médecine moderne avec des technologies toujours plus avant-gardistes, mais coûteuse. Pour tenter de rompre avec cette spirale inflationniste des soins, les réformes successives de notre système hospitalier ont, entre autres, modifié le positionnement des médecins dans les établissements de santé, dont le président de la CME.

¹² FX. Schweyer. « Les directeurs d'hôpitaux : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier ? » Revue française des affaires sociales. N°4, 2001, p20

Personnage du fonctionnement hospitalier, il est devenu membre de droit et vice-président du conseil d'administration. Cette double représentation de droit au sein de l'instance délibérative, introduite en 1991 est confirmée en 1996. En effet, l'ordonnance de 1996 conforte le rôle du président, désormais associé à la préparation du nouveau contrat pluriannuel et disposant de l'initiative pour mettre en place des organisations innovantes.

Aujourd'hui les médecins ont un rôle stratégique au niveau des instances et un rôle opérationnel avec les chefs de pôle. Ces nouvelles responsabilités ont été pour certains d'entre eux, un changement majeur. En effet, « *l'évolution du corps médical a fait naître un paradoxe : plus les médecins perdaient leur pouvoir symbolique, plus ils gagnaient de pouvoir dans leurs instances représentatives.* »¹³ C'est le cas du président de la CME (PCME), vice-président du directoire, qui à l'heure actuelle est le deuxième acteur le plus important après le directeur d'établissement.

Un rôle majeur donc, puisqu'il est responsable conjointement avec le directeur, de la préparation du projet médical, de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions de prises en charge des usagers (Annexe I).¹⁴ Ses attributions le chargent en sus, de la politique qualité et de la coordination de la politique médicale de l'établissement.

Plus de responsabilités aussi pour une commission médicale d'établissement dont les attributions ont été récemment élargies, avec un rôle recentré sur la qualité, la sécurité des soins, la gestion des risques associés aux soins, l'accueil et la prise en charge des patients, puisqu'elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi (Annexe II).¹⁵ La CME devient une instance informée et consultée sur la gestion interne de l'établissement, et l'engagement de celui-ci envers les tutelles.

Ainsi, depuis la loi HPST, « *pour le corps médical, la perte de légitimité charismatique et professionnelle a été compensé par un gain de légitimité institutionnelle, allant jusqu'au pouvoir de « cogestion » dans certains domaines* ».¹⁶ C'est notamment le cas au niveau de leur représentativité importante dans les instances, (directoire, conseil de surveillance, CME) et au niveau du pouvoir renforcé des chefs de pôle avec les délégations de gestion. Comme le souligne le Dr Sabountchi ¹⁷, « *le conseil rapproché d'aide à la prise de décision est devenu un groupe dominé par la lecture médicale et appuyée par la lecture soignante* ».

¹³ E. Devresse, « La légitimité du directeur et jeu des acteurs », revue hospitalière de France, 2002, n°484, p50

¹⁴ Décret n°2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de la CME, vice président du directoire.

¹⁵ Décret n°2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement.

¹⁶ *Ibidem.* p 50

¹⁷ T. Sabountchi, « Après la loi HPST, quelles place des médecins dans la gouvernance hospitalière » Revue hospitalière de France, Décembre 2010, n°537, p59

1.2.3 De l'infirmière générale au Directeur des soins

De surveillante générale des services à surveillante chef détachée à la direction de l'établissement, c'est le décret n°75-245 du 11 avril 1975, créant le corps des infirmières générales (IG) qui légalise statutairement la fonction et son positionnement à la direction auprès du directeur d'établissement. L'IG, sous l'autorité du chef d'établissement est responsable de la coordination des activités des personnels (IDE, AS, ASH) et propose leur affectation. Elle veille, en liaison avec le corps médical, à la qualité des soins infirmiers.

Pour la première fois, les soins infirmiers sont nommés et placés comme activité (en lien avec le corps médical) et le service infirmier est associé à la structure de l'établissement.

Le décret du 9 décembre 1975 complète celui du 6 décembre 1972 sur la composition de la Commission Médicale Consultative. L'IG siège en qualité de membre, avec voix délibérative (après le pharmacien et avant l'attaché).

La discipline infirmière est intégrée à part entière, comme la discipline médicale, dans la consultation de l'établissement. Le décret du 26 octobre 1990 modifie l'appellation de la Commission médicale et en change la composition. L'IG n'est plus membre de cette commission médicale « *l'IG assiste de droit aux réunions de la CME en sa qualité de membre de l'équipe de direction responsable des soins infirmiers* »

Le décret statutaire de 1989 est visé, l'IG sort de la sphère médicale en étant confirmé dans la sphère de la direction.

D'autres lois et décrets viendront plus tard asseoir et confirmer le positionnement de la profession. C'est notamment la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière dans son article L.714-26 qui stipule « *il est créé, dans chaque établissement, un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'Infirmière générale, membre de l'équipe de direction* », et qui crée dans le même temps la commission du service des soins infirmiers.

Le décret du 16 mai 1992 fait suite aux nouveautés en matière d'organes consultatifs introduites par la loi portant réforme hospitalière.

Le directeur siège avec voix consultative à la CME, « *il peut être assisté par un ou des collaborateurs de son choix dont le directeur du service de soins infirmiers* »

Ainsi l'IG assiste à la CME, invité par le directeur en qualité de collaborateur. Un membre élu de la Commission des soins infirmiers siège à la CME avec voix consultative.

C'est par le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 créant le statut particulier du directeur des soins (DS) responsable de tous les professionnels paramédicaux que le coordonnateur général des soins (CGS) est né. Dès lors, la fonction prend une autre dimension. Il est nommé par le directeur de l'établissement, et légitimé par lui.

La loi du 21 juillet 2009 Hôpital, Patient, Santé et Territoire introduit des changements dans le mode de gouvernance des hôpitaux. Elle consacre le Directeur des soins, Coordonnateur Général des Soins et président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques comme membre de droit du directoire. Les Directeurs des soins voient ainsi resituer leurs missions à un niveau plus politique et stratégique.

La loi introduit aussi la gestion du corps des Directeurs des soins par le CNG de la fonction publique hospitalière. La gestion nationale permettra une visibilité complète sur l'exercice professionnel des directeurs des soins au sein des établissements publics de santé. Elle permettra aussi une gestion unifiée du corps facilitant les parcours professionnels. Un comité consultatif national paritaire élu par les directeurs des soins statuera sur les conditions d'exercice du corps.

Le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de Directeur des soins de la fonction publique hospitalière vient confirmer le rôle plus stratégique, politique et moins opérationnel des directeurs des soins. La mention de l'autorité hiérarchique sur les cadres disparaît car désormais ne subsiste qu'un « seul » patron à l'hôpital : le directeur d'établissement. Celui-ci pouvant bien entendu déléguer cette autorité hiérarchique au directeur des soins afin que ce dernier puisse assurer ses missions de responsable de la mise en œuvre de la politique des soins par les cadres de santé. Si le chef de pôle a la responsabilité d'organiser le fonctionnement de son pôle, le directeur des soins devient le garant de la répartition équilibrée des ressources entre les pôles. Il doit aussi coordonner la réalisation des parcours professionnels qualifiants pour l'ensemble des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

La loi HPST et ses décrets d'application bousculent une nouvelle fois l'organisation interne des hôpitaux. Les directeurs des soins voient s'ouvrir devant eux de nouveaux champs de responsabilités dans le cadre d'un mode d'exercice rénové.

La volonté des pouvoirs publics de décroiser le système hospitalier remet aujourd'hui en cause le modèle hiérarchique qui ne répond plus aux objectifs d'efficacité attendus. Les fonctions attribuées aux nouveaux acteurs de la gouvernance, leur responsabilisation dans la gestion au plus proche du terrain impose un mode de management plus transversal. Cependant, les organisations ne se modifient pas spontanément par décret. Pour réussir ce changement culturel, il doit être compris par tous et selon M. Crozier¹⁸, « *c'est lorsque tous les acteurs d'un système sont d'accord sur leur intérêt à changer, soit leur comportement, soit leur manière de travailler, que peuvent se produire des changements réels et significatifs* ».

¹⁸ M. Crozier. « Le changement dans les organisations » Revue française d'administration publique, 1991, n°59

1.3 La collaboration interprofessionnelle

1.3.1 Théorie et définitions

La collaboration se définit comme un processus par lequel deux ou plusieurs personnes ou organisations s'associent pour réaliser un travail suivant des objectifs communs. La collaboration interprofessionnelle est un concept important pour les organisations, quelle que soit leur nature. Dans le secteur de la santé, et plus particulièrement dans les hôpitaux, ce concept prend une importance particulière si l'on considère que le fonctionnement des services de santé appelle de plus en plus à un haut degré de coordination entre les différents professionnels.

La collaboration interprofessionnelle est un phénomène complexe dont les définitions restent variables. Compte tenu de leur multiplicité, il est important d'en retenir une pour la cohérence de notre travail, celle proposée par D. D'Amour¹⁹: « *la collaboration interprofessionnelle est faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leur connaissance, leur expertise, leur expérience, leurs habileté pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients* ». Elle consiste aussi en « *la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interactions entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et ces deux éléments avec des structures englobantes* ».

Plus près de la sociologie des organisations, le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle décrit par D'Amour s'inspire de Crozier et Friedberg²⁰ et de l'analyse organisationnelle de Friedberg (1993). L'organisation est vue « *comme un système local d'action résultant du jeu d'inter structuration d'un ensemble de règles (formalisation) et relations humaines (stratégie des intervenants)* ».

Dans ce modèle, D'Amour divise le processus de collaboration en quatre dimensions qui s'influencent mutuellement. On y retrouve deux dimensions relationnelles :

La finalisation qui est l'existence d'objectifs communs et de leurs appropriations par les membres de l'équipe, ainsi que la reconnaissance de l'existence de motifs divergents, d'allégeances multiples, de la diversité des définitions et des attentes liées à la collaboration.

L'intériorisation qui est la prise de conscience des professionnels de leur interdépendance et de l'importance de gérer cette dernière ; ce qui se traduit par une connaissance mutuelle des valeurs et des cadres disciplinaires par des rapports de confiance et par un consensus autour du partage des responsabilités.

¹⁹ D. D'Amour, « structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec » Thèse de doctorat en santé publique, université de Montréal, 1997.

²⁰ M. Crozier, E. Friedberg, « L'acteur et le système » Seuil Paris, 500 p, 1977

On retrouve également deux dimensions organisationnelles :

La formalisation qui représente l'ensemble de règles nécessaires pour réguler l'action par un renforcement des structures.

La gouverne qui traite de la gouvernance et plus précisément de la centralité, du leadership, de l'expertise et de la connectivité.

Il existe également des facteurs déterminants de la pratique interprofessionnelle. Elle est influencée par des éléments externes à l'organisation, des éléments propres à l'organisation et des éléments propres aux relations interpersonnelles. Ceci en fait un concept complexe. Ces déterminants peuvent être définis comme des éléments clés du développement et du renforcement de la collaboration.

On distingue **les facteurs interactionnels** et **les facteurs organisationnels**.

Ce sont les facteurs d'interactions qui dépendent des relations interpersonnelles entre deux acteurs et la collaboration est par « *nature volontaire* » (D'Amour 1999). *La volonté* à collaborer constitue le facteur le plus important dans la mise en place d'une pratique collaborative. Elle dépend de l'éducation professionnelle, des expériences antécédentes similaires et de la maturité de l'individu.²¹

La confiance mutuelle dépend des compétences, des aptitudes et des connaissances. Elle est un élément critique surtout pour la compréhension et l'acceptation des rôles.

La communication est un facteur dont l'impact se situe surtout au niveau du degré de collaboration. Son importance réside dans le fait que la communication constitue un véhicule pour d'autres facteurs comme le respect mutuel et le partage.

Le respect prérequis à la collaboration exige que les collaborateurs reconnaissent et comprennent la complémentarité de l'expertise, ainsi que leur interdépendance.

Les facteurs organisationnels sont des éléments qui dépendent du milieu du travail : la structure organisationnelle, les ressources et les mécanismes de coordination et communication. C. Mariano²² présente comme l'une des conditions d'une collaboration réussie et solide, « *la disponibilité d'un temps suffisant pour partager l'information et développer des relations interpersonnelles* ». Elle ajoute que le fait de partager un même espace et la proximité physique facilite la collaboration en réduisant les territoires professionnels et les comportements traditionnels.

²¹ EA Henneman « collaboration a concept analysis » Jpurnal of Advanced Nursing, 1995, pp 103-109

²² C. Mariano « The case for interdisciplinary collaboration » Nursing Outlook, 1989, pp285-288

Aussi, la loi HPST en conférant une importance majeure à la collaboration interprofessionnelle a instauré des enjeux clairement affichés : efficience dans les organisations qui invitent les dirigeants à instaurer un mode plus coopératif. En effet, la délégation et la contractualisation obligent les acteurs à travailler ensemble dans un but commun clairement défini. De fait, la collaboration entre le président de la CME et le directeur des soins, président de la CSIRMT, est nécessaire, voir indispensable pour répondre aux objectifs quotidiens d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il s'agit donc de développer une compétence collective à l'image d'une coalition durable.

Cependant, pour obtenir une collaboration efficiente, un certain nombre de déterminants sont essentiels : « *de la confiance en soi et envers les autres qui permet l'ouverture de la collaboration, les attitudes de chacun qui ne laissent pas prise aux préjugés et qui sont fondés sur le respect, les habilités communicationnelles, la qualité du leadership orientée explicitement vers le développement et le maintien la pratique collaborative, mais aussi une certaine formalisation des rôles et responsabilités qui clarifient les attentes envers chacun* ». ²³ C'est donc instaurer des temps d'échanges réguliers pour élaborer ensemble des stratégies organisationnelles pour un meilleur rendu aux patients, et pour que la relation de confiance se développe. Ce sont aussi des temps formels sous formes de réunions de travail, de rendez-vous mais aussi (voir souvent) des temps informels à l'occasion de rencontres fortuites. C'est aussi respecter le champ d'exercice de l'un et l'autre, ce qui implique une connaissance des prérogatives de chacun.

Enfin, la création de cette collaboration se base sur la confiance mutuelle et sur la reconnaissance de la légitimité du DS à se positionner au sein du directoire, dans les instances et sur le terrain, au niveau des pôles. « *Les responsables ont le devoir d'être à la hauteur d'un enjeu majeur de cette nouvelle gouvernance : être capable de diriger à la confiance* ». ²⁴ Le positionnement du directeur des soins à l'égard de ses collaborateurs participera à la consolider.

1.3.2 Les champs partagés

De par leur parcours, le PCME et le DS ont une culture partagée : ils sont habitués à travailler ensemble autour du patient, ils ont un langage professionnel commun et connaissent les difficultés de terrain. La législation ²⁵ clarifie les missions et responsabilités de chacun, et nous remarquons des champs de responsabilités partagés.

²³ Projet Infirmières Praticiennes Spécialisées en Soins de Première Ligne.info, 2013, fiche d'information sur la collaboration : un outil pour assurer un suivi optimal de la clientèle.p1 Montréal.

²⁴ G. Vallet Préface « Le management de pôles à l'hôpital » Editions Dunod, p4, 2012

²⁵ Décret n°2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de la CME, vice président du directoire.

Ils président tous deux une commission qui leur octroie d'être membre de droit du directoire. A ce titre, ils contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique de l'établissement en collaboration avec le directeur.

Le PCME est chargé « *de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la CME... Il élabore en conformité avec le CPOM, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise en œuvre* ».

Parallèlement 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* ». ²⁶ (Annexe III)

Ainsi, dans les défis majeurs qui impactent nos établissements en matière de recherche d'efficience, le PCME et le DS peuvent, par exemple, se saisir de l'opportunité de la V2014 pour améliorer les prises en charge, et veiller à la qualité des soins offerts. C'est donc une réflexion commune sur le parcours patient qu'ils doivent mener. Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins, et dans l'objectif d'offrir des prises en charges coordonnées et efficaces, ils doivent donner un signal institutionnel fort pour entraîner l'ensemble des professionnels.

La formation continue constitue un autre axe commun entre le PCME et le Directeur des soins. Le PCME « *coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux* » et le directeur des soins « *participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champs de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants* ».

Afin de rendre cohérent les parcours de soins et d'optimiser les ressources, il semble indispensable d'avoir une démarche commune dans l'élaboration du plan de formation. En effet, que ce soit dans l'optique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dans le développement de nouvelles disciplines ou le management au niveau des pôles, des axes de formation proposés parallèlement au corps médical et soignant paraît un outil essentiel.

De plus, dans une démarche d'ouverture, le projet d'établissement s'inscrit dans un projet plus vaste qui est le projet territorial de santé. Aussi un plan de formation concerté permettrait de mettre en adéquation les compétences des professionnels suivant l'évolution des prises en charge en établissement de santé mais aussi plus largement au niveau du territoire.

²⁶ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Article 4.

Enfin, un dernier volet conjoint est le développement de la recherche. Le PCME « *contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation* », alors que le directeur des soins « *formule des propositions auprès du directeur d'établissement sur les programmes de recherche en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.* »

Si la promotion de la recherche paramédicale n'est pas une discipline enseignée d'emblée en institut de formation, elle devient de plus en plus prégnante dans les établissements publics de santé. Rappelons que dans le référentiel de compétences des directeurs des soins²⁷, celui-ci « *impulse une politique de développement de la recherche en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.* » L'intérêt de développer la recherche paramédicale permet indéniablement d'améliorer la qualité des soins et la reconnaissance des professions.

Une politique commune de développement de la recherche permet d'accorder une place prépondérante au sein du projet d'établissement et d'impliquer plus largement les professionnels paramédicaux dans la recherche clinique. En fonction de la taille de l'établissement (CH ou CHU), il est important d'identifier les compétences internes disponibles, et le corps médical, ayant une culture de recherche développée, en fait partie.

Chacun dans leur domaine d'expertise, le PCME et le directeur des soins ont des champs d'actions communs qu'ils doivent travailler au profit des patients, mais aussi au bénéfice de l'établissement. Ils sont le binôme incontournable auquel le directeur d'établissement doit pouvoir s'appuyer pour mener une politique de gestion efficiente, de qualité et innovante.

1.3.3 Un nouveau rôle pour le directeur des soins

Si la fonction est clairement définie par la législation, sa déclinaison concrète est un des enjeux pour le directeur des soins. Une des difficultés que rencontrent les DS est le décalage entre les missions définies et la mise en œuvre quotidienne. Par ailleurs, la fonction est très personnelle dépendante, en fonction de son histoire, de son vécu et de ses valeurs professionnelles. Il appartient donc au directeur des soins de définir avec le directeur d'établissement, mais aussi le PCME, son rôle et son positionnement au sein de l'institution.

La légitimité du DS lui est conférée par sa formation, ses diplômes et son positionnement statutaire dans l'établissement. Néanmoins, il gagnera en autorité et crédibilité grâce à ses compétences, sa connaissance du terrain, mais aussi par sa capacité de collaboration avec la communauté médicale, et particulièrement le président de la CME.

Il est indéniable que le DS a un rôle d'interface entre les différentes logiques hospitalières : les soignants, les médecins, les directions, et à l'interface des logiques verticales et horizontales qui déterminent le monde hospitalier.

²⁷ Référentiel de compétences des directeurs des soins. EHESP. Décembre 2014.

Et comme le souligne H. Anthon-Geroldt²⁸, il a « *un rôle de décodeur, vers qui tout le monde se tourne quand le débat s'enlise (...) sa valeur ajoutée, c'est le regard transversal sur une organisation qui doit rester centrée sur le patient tout en gagnant de l'efficacité* ». Son statut renforcé par un positionnement au directoire comme membre de droit lui confère une place importante auprès du directeur et son équipe. Cela lui impose aussi d'entretenir cette légitimité par ses actions et sa loyauté vis à vis des membres de cette instance, dont le président de la CME.

Mais en quelques années, les directeurs de soins ont montré la plus-value de leur métier que certains jugent aujourd'hui indispensable. Comme le souligne G. Vincent²⁹, délégué général à la Fédération Hospitalière de France (FHF) « *la loi HPST a consacré une place nouvelle au directeur des soins, en le positionnant membre du directoire (...) il est un acteur de premier plan de la réorganisation des activités et des prises en charge des patients. De nouvelles missions et de nouvelles responsabilités s'imposent à lui dans la mise en œuvre des politiques de coopération au niveau territorial face aux enjeux de santé publique, de transversalité des parcours de soins, de démographie professionnelle, de performance et d'efficacité. Les directeurs de soins peuvent compter sur l'indéfectible soutien de la FHF.* »

Monsieur le Docteur F. Martineau³⁰, président de la conférence des présidents de la CME a une représentation du métier de DS qui complète celle de G. Vincent : « (...) *engagé dans la vie institutionnelle, le directeur des soins en partage les enjeux stratégiques et adapte son management dans le cadre de l'organisation des soins. De par ses fonctions et sa responsabilité dans la qualité et la gestion des risques associés aux soins, le directeur des soins exerce dans nos établissements, un rôle fondamental. Exercer ce métier nécessite donc une grande capacité d'intégration de sujets complexes, d'animation d'un projet de soins en lien avec le président de la CME garant du projet médical.* »

Notre légitimité ainsi posée doit nous permettre de travailler en toute confiance auprès du président de la CME, sans ambiguïté structurelle de positionnement avec les autres membres de la direction et du corpus médical. A nous de nous approprier nos nouvelles fonctions et de répondre aux attentes de la nouvelle gouvernance

²⁸ H. Anthon-Geroldt, « la place des directeurs des soins dans la nouvelle gouvernance », cours EHESP. 2013

²⁹ AFDS, EHESP, FHF, « plaquette de présentation du métier de directeur des soins »

³⁰ AFDS, EHESP, FHF, « plaquette de présentation du métier de directeur des soins »

Synthèse de la première partie.

L'autonomie « historique » des hôpitaux est toujours fortement revendiquée par ses responsables locaux et nationaux. Leur statut juridique la confirme mais la réalité économique et financière en dispose autrement. Depuis que l'hôpital est devenu un lieu de soins coûteux et de haut niveau, les réformes successives ont obéi à mouvement de balancier privilégiant l'autonomie des établissements et l'allègement de la tutelle, ou au contraire, un renforcement de celle-ci.

Les ordonnances de 2003 et 2005 favorisent un retour à la responsabilité des établissements qui disposent d'une nouvelle gouvernance et d'outils de gestion de l'entreprise. Ainsi, nous entrons dans l'ère de la vision systémique dans laquelle la collaboration et la coopération sont des données incontournables. Le rapport Fourcade³¹ et le rapport Couty³² ont obligé les acteurs hospitaliers à chercher de nouveaux repères et de nouvelles collaborations.

La gouvernance des hôpitaux a été revue dans le sens d'un partage des rôles et du leadership entre les différents responsables. La collaboration président de la CME et directeur des soins, président de la CSIRMT est indispensable pour l'aide au pilotage de l'établissement. Ils sont un « binôme incontournable » dans les grandes orientations du projet d'établissement et dans l'accompagnement de sa mise en œuvre. La procédure de codécision au sein du directoire entre le directeur et PCME fait qu'on ne peut les dissocier. C'est aussi dans cette configuration de travail que le directeur des soins doit évoluer.

La loi HPST a obligé le directeur d'établissement, le PCME et le directeur des soins à faire évoluer leurs pratiques managériales : la responsabilité succède à l'obéissance, le contrat remplace la contrainte, la cohérence est assurée par un projet partagé et non par la discipline..

Ces changements de paradigme justifient de nouvelles conditions de réussite qui reposent notamment sur une collaboration de confiance, de subsidiarité, d'autonomie, de transparence et de loyauté.

³¹ JP. Fourcade, rapport concernant l'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé institué par l'article 35 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, juillet 2011.

³² E. Couty, C.Scotton, « Pacte de confiance » pour l'hôpital, rapport de synthèse concernant l'évaluation du fonctionnement des pôles dans les EPS, mars 2013.

2 L'enquête de terrain

Les différentes réformes et la loi HPST ont permis de faire évoluer les organisations internes et les circuits de décision. Aujourd'hui, la redistribution des missions est clairement affichée et le directeur des soins a toute sa légitimité au sein de l'équipe de direction. Sa présence en directoire, aux côtés du directeur d'établissement et du président de la CME, lui confère un statut important et lui donne la possibilité d'être un acteur inévitable dans l'efficience de l'établissement.

La collaboration PCME et CGS est alors incontournable pour contribuer au bon fonctionnement de l'établissement, d'où la question de départ :

« Si la collaboration professionnelle entre le PCME et DS semble indispensable pour l'organisation de l'établissement, existe-t-il des leviers qui permettent de l'instaurer ? »

Nous partirons sur les hypothèses suivantes :

- L'impact des réformes hospitalières a conduit le DS et PCME à travailler ensemble.
- Les champs partagés favorisent les temps d'échange entre le DS et PCME
- La capacité du DS à se positionner auprès du PCME et en directoire contribue à la construction d'une relation forte.
- Les indicateurs de réussite se situent dans la déclinaison des projets institutionnels au niveau des pôles.

L'enquête réalisée vise à identifier auprès des directeurs des soins et des PCME comment se vit au quotidien leur collaboration, et plus encore à repérer les leviers qui permettent de l'instaurer et de l'optimiser.

La revue documentaire étant peu contributive sur cette thématique, nous avons orienté notre enquête vers la proximité et l'échange en allant à la rencontre des acteurs.

2.1 La méthodologie de l'enquête

2.1.1 La démarche choisie

Afin de mener à bien notre travail de recherche, nous avons choisi d'utiliser une démarche compréhensive qui se fonde sur une enquête qualitative par des entretiens semi-directifs. En effet, pour étudier la collaboration entre le PCME et le CGS, sujet particulièrement délicat et multifactoriel, il semblait pertinent de rencontrer les acteurs de terrains concernés, tout en adaptant l'entretien au type d'interlocuteur.

L'entretien semi-directif permet de recueillir des données qualitatives à la fois factuelles et d'opinion à partir de thèmes prédéfinis dans un guide d'entretien et dans un cadre ouvert.

Ce guide d'entretien (cf. annexe IV et V) a pour objet de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises pour instaurer une collaboration efficiente. Les thèmes abordés sont les suivants :

- L'impact des réformes dans les missions de chacun
- Les leviers pour une collaboration efficiente
- Les attentes respectives des acteurs concernés
- Les indicateurs de réussite de cette collaboration

Les entretiens se sont déroulés sur une durée de 45 minutes à une heure, sur rendez-vous planifiés. Le but de l'entretien et la thématique ont été énoncés dès le départ ce qui a permis d'aborder rapidement la problématique. Enfin, le contenu des guides d'entretien était similaire entre celui du PCME et celui de la CGS.

2.1.2 Les personnes ciblées

Nous avons choisi de réaliser seize entretiens, répartis comme suit : quatre binômes issus de Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et quatre binômes de centres hospitaliers (CH). L'enquête a été enrichie par une interview auprès d'un ancien PCME, ainsi que par l'entretien d'un professeur de néphrologie en campagne pour la présidence de la CME. Le choix des établissements a été aléatoire, en fonction de la proximité lors de nos déplacements. En effet, nous avons privilégié des rencontres sur le terrain, plutôt que des entretiens téléphoniques.

Chaque entretien a été mené individuellement. Il semblait intéressant d'avoir la vision de chacun sur leur collaboration, de pouvoir croiser leur ressenti et d'analyser leur méthodologie de travail. Le choix également de rencontrer des binômes au sein d'établissements de tailles différentes avait pour objet d'étudier si la dimension de l'établissement avait un impact sur la collaboration entre le PCME et le directeur des soins.

2.1.3 Les limites de l'enquête

La thématique de la collaboration PCME et CGS n'a jamais été étudiée à ce jour, et il n'existe que très peu de littérature hormis sur le concept de la collaboration interdisciplinaire. Il aurait été intéressant d'avoir un échantillon plus important afin d'avoir une vision plus large des leviers de cette collaboration, et peut-être d'avoir le regard de binômes « dysfonctionnant ». Mais le temps imparti et la disponibilité des professionnels ciblés n'ont pas permis plus d'entretiens.

Une des difficultés rencontrées également a été la volonté des PCME à consentir un entretien car ils étaient tous en fin de mandat et préoccupés, soit par une réélection, soit par leur succession. Néanmoins, je tiens à souligner l'intérêt suscité par la thématique auprès du public ciblé, et la qualité des échanges au cours des entretiens.

2.2 Résultats et analyse croisée des données recueillies

Au regard des entretiens menés, il semble opportun de réaliser une analyse croisée des éléments recueillis, d'abord par une analyse selon chaque catégorie professionnelle, puis par binôme et par type d'établissement. Cette analyse sera déclinée autour des quatre thématiques citées précédemment.

2.2.1 Analyse par catégorie professionnelle

- **Les directeurs des soins**

Le profil des directeurs des soins audités : la moyenne des DS exerçant dans cette fonction est de neuf ans et demi, le plus récent étant deux ans et le plus ancien depuis vingt ans. On note une ancienneté dans la profession plus marquée pour les CGS des CHU, avec une moyenne de douze années contre sept dans les CH. Cet écart s'explique par une ancienneté nécessaire dans la profession pour accéder aux postes fonctionnels en CHU. Les directeurs de soins ont travaillé avec un et jusqu'à cinq PCME dans leur carrière avec une moyenne de deux PCME par DS en CH, et de trois en CHU. Il est à noter que tous les directeurs de soins avaient un parcours professionnel en gestion, sauf un qui avait une expérience de cinq ans en institut de formation.

L'impact des réformes :

La majorité des directeurs de soins interviewés s'accorde à dire que la première réforme de la gouvernance hospitalière, puis la loi HPST ont modifié les liens avec les PCME, même si la collaboration est une question, avant tout, de relations humaines entre deux personnes. En effet, selon le cursus et l'ancienneté des DS, la collaboration a toujours existé, mais la réforme de la gouvernance, avec la mise en place des pôles d'activités, a permis de redéfinir les champs d'action du directeur des soins, dont la transversalité de ses missions au sein des pôles. Ce décloisonnement de l'hôpital en responsabilisant et en impliquant plus le corps médical, a permis de rapprocher le DS et PCME dans l'accompagnement de ceux-ci.

La loi HPST en mettant en place une nouvelle organisation interne, renforce le positionnement du directeur des soins par leur présence au sein du directoire. Si certains DS étaient déjà admis au sein du conseil exécutif par le directeur d'établissement, la loi HPST la légitime.

Pour les plus anciens directeurs des soins, c'est une « *réelle avancée qu'il faut assumer, une place qui ne se revendique pas mais qui s'acquière* ». Si la présence du DS au directoire est un lieu formalisé de rencontres et d'échanges, tous s'accordent à dire qu'il faut savoir s'y positionner. Le directoire est un lieu de débats stratégiques où les liens peuvent se créer et où la représentativité soignante doit être forte.

Un autre lieu également cité par les DS est leur présence de droit avec voix consultative au sein de la CME. C'est également une place stratégique, essentielle que le DS doit « *savoir tenir, en présentant ses dossiers et en se positionnant face à la communauté médicale* ». Un des directeur des soins a également précisé l'importance de « *bien choisir* » le représentant de la CSIRMT en CME qui doit être capable de représenter les paramédicaux mais aussi être capable de se positionner.

Les leviers pour une collaboration efficiente

Une des hypothèses émises dans les leviers de la collaboration entre CGS et PCME était « les champs partagés », à savoir la qualité et sécurité des soins, la recherche et la formation continue. Tous les directeurs des soins abordent spontanément la politique qualité et sécurité des soins qui est un sujet partagé avec le PCME. C'est par un travail en commun sur le projet d'établissement, décliné ensuite au niveau du projet médical et du projet de soins, parfois un projet unique médico-soignant que se concrétise cette collaboration.

Mais spontanément, à la question sur les « leviers pour une collaboration efficiente », les réponses apportées sont d'ordre relationnel et stratégique. En effet, l'ensemble des DS énonce la relation de confiance et la qualité de leurs relations qu'ils doivent établir avec le PCME. Ils sont également unanimes sur le fait que cette collaboration est initiée par le directeur des soins au moyen de sollicitations plus ou moins formelles. L'occasion de réunions ou instances communes permettent des temps d'échanges soit formalisés en amont, soit informels en aval.

Les directeurs des soins ont conscience du temps limité que peuvent leur accorder les PCME et leur réactivité à répondre à leurs sollicitations est aussi gage de levier pour créer un climat de confiance. En terme de stratégie, certains évoquent également l'importance de connaître la spécialité médicale du PCME car ils sont sensibles au parcours professionnel et testent l'expertise clinique.

Dès lors ce climat de confiance instauré, les sujets communs formulés concernent principalement la stratégie d'établissement, la mise en place de projets relatifs à la qualité et sécurité des soins, les organisations médico-soignantes et les dysfonctionnements entre le corps médical et paramédical (surtout à la tête des pôles).

Les espaces collaboratifs cités sont le CLAN, le CLUD, LE CLIN et les différentes commissions (médicaments, laboratoires...).

Globalement les directeurs de soins ne ressentent pas d'enjeux de pouvoir, ne se sentent pas en concurrence mais plutôt en complémentarité avec le PCME et il n'existe pas de corporatisme.

Les attentes des directeurs des soins vis à vis des PCME

L'ensemble des directeurs des soins s'accorde pour confirmer « l'indispensable, voir l'incontournable » collaboration avec les PCME. Au-delà de la dimension humaine, les DS attendent un soutien et une position commune dans les différents projets. Au travers des échanges d'informations et une certaine transparence dans leur communication, ils peuvent tisser des liens de collaboration forts et travailler ensemble pour les projets de demain. Néanmoins, les DS expriment en majorité qu'ils doivent « prouver » leur valeur ajoutée à chaque renouvellement de la présidence de la CME.

Il est intéressant de noter que deux directeurs des soins de centres hospitaliers ont demandé à rencontrer le PCME au moment de leur recrutement afin de détecter le potentiel de collaboration au vu de leurs futures missions, et dans un CHU, le CGS a été également reçu par le PCME en amont de son embauche. Nous pouvons donc supposer que, dans l'idéal, le PCME et le DS puissent se rencontrer au moment du recrutement afin d'analyser leur potentiel de collaboration.

Nous n'avons pas rencontré de binômes dysfonctionnant, et les directeurs des soins ayant collaborés avec plusieurs PCME n'ont pas rencontré de difficultés majeures. Ils ont toujours eu une écoute et une attention de la part des PCME, et souvent de façon informelle. Si nous faisons le lien avec le concept de la collaboration interdisciplinaire, selon Henneman³³ « *La volonté à collaborer constitue le facteur le plus important dans la mise en place d'une pratique collaborative. Elle dépend de l'éducation professionnelle, des expériences antécédentes similaires et de la maturité de l'individu* ». Nous pouvons alors faire le lien entre ces deux catégories professionnelles qui ont un passé commun, qui parlent le même langage et qui ont acquis une maturité professionnelle.

Les indicateurs de réussite

De manière générale, cette question a suscité beaucoup d'interrogation de la part des directeurs des soins. Globalement, c'est la déclinaison du projet médical et du projet soignant au niveau des pôles qui résulte à cette question. Par le biais de la contractualisation et la déclinaison des projets transversaux, les directeurs de soins évaluent la finalisation des projets.

C'est également par une participation médico-soignante systématique dans les projets institutionnels que certains déclinent comme indicateur d'une collaboration efficiente entre le PCME et le DS. Cet indicateur nous paraît pertinent car, au-delà des résultats finalisés qui peuvent aussi être un indicateur de réussite, la collaboration médicale et soignante au plus près du terrain reste essentiel.

³³ EA Henneman « collaboration a concept analysis » Jpurnal of Advanced Nursing, 1995, pp 103-109

En effet, à chaque niveau de la hiérarchie hospitalière (cadre de santé/ chef de service, cadre supérieur de santé/ chef de pôle) le binôme médico-soignant existe et participe au bon fonctionnement des unités de soins. Nous pouvons penser alors qu'à la plus haute strate, la collaboration PCME et directeur des soins est plutôt « naturelle » et en continuité du terrain.

Un seul CGS de CHU évoque le développement de la recherche paramédicale comme également un indicateur de collaboration efficiente. Cet indicateur semble pourtant important car il fait parti des champs partagés avec le PCME.

Enfin, plus globalement, ce sont les indicateurs qualité qui sont mentionnés, ainsi que le bilan d'activité. Nous en concluons que seul le champ de la qualité et sécurité des soins est spontanément évoqué par les directeurs des soins. La recherche paramédicale et le développement de la formation continue restent encore des domaines peu exploités.

- **Les présidents de la CME**

Le profil des PCME audités : l'ensemble des PCME a effectué un mandat et un seul en avait fait deux. Tous sont issus du secteur clinique. De ce fait, ils n'avaient en moyenne l'expérience d'une collaboration qu'avec un seul directeur des soins, sauf le PCME ayant effectué ses deux mandats. Sur huit entretiens menés, une seule femme d'un centre hospitalier est à la présidence de la communauté médicale d'établissement. L'ex-président de la CME rencontré est issu d'un CHU, a effectué qu'un seul mandat mais a travaillé avec deux directeurs des soins. Il est à noter que tous étaient précédemment chefs de pôles.

L'impact des réformes

Les PCME ayant un cursus de formation et professionnel médical, sont très inégaux face à la connaissance de la législation. Ils s'accordent tous à s'être « pencher » sur la législation en 2005 au moment de la mise en place des pôles, et pour la plupart, sur la loi HPST au moment de leur mandat. C'est d'ailleurs à cette occasion qu'ils ont plus ou moins découvert le rôle et les missions du coordonnateur général des soins.

Nous constatons que seuls trois PCME connaissent précisément les missions des CGS. Ils expriment clairement que le corps médical ne connaît pas le rôle des directeurs des soins car ils se réfèrent le plus souvent aux cadres supérieurs de pôle.

En revanche, ils sont unanimes quant à la place du directeur des soins au sein du directoire, et pour un des PCME, il pense même que le corps soignant n'est pas assez représenté dans les instances. D'ailleurs, ils attendent un positionnement clair et affirmé de ceux-ci. Certains tentent à dire que les directeurs des soins sont trop effacés même si la communication est très ouverte. Cette remarque émane plus des PCME des Centres Hospitaliers Universitaires.

Ils attendent également un positionnement en Commission Médicale d'Établissement.

Tous s'accordent à dire qu'ils donnent volontiers la parole à la direction des soins et que cette instance permet de faire connaître cette fonction à la communauté médicale. Encore une fois, selon des PCME, certains directeurs des soins ne profitent pas assez de cette opportunité pour s'exprimer. Mais la loi HPST les positionnant vice-président du directoire, nous avons constaté qu'ils considèrent le binôme PCME / directeur d'établissement, voir trinôme avec le doyen de la faculté dans les CHU, plus capital qu'avec les DS.

Les leviers pour une collaboration efficiente

Les PCME abordent spontanément les projets en lien avec la politique qualité et sécurité des soins. Certains abordent un projet médico-soignant comme support de cette collaboration, à condition de définir clairement les missions de chacun. Ils attendent des DS des « *vrais objectifs motivants, pouvant se décliner concrètement sur le terrain* ».

Les établissements étant en grande majorité en déficit budgétaire, et certains en contrat de retour à l'équilibre financier, les PCME sont assez axés sur les problématiques de restructuration et suppression de postes paramédicaux, et leurs besoins d'avoir un appui de la direction des soins. En effet, ils se réfèrent volontiers aux DS pour les réorganisations et le réajustement des effectifs soignants.

Pour d'autres PCME, les leviers de cette collaboration sont plus pragmatiques, à savoir la résolution de difficultés au sein des pôles, voir la gestion de conflits. Considérant les directeurs de soins comme la hiérarchie directe de l'encadrement, ils se rapprochent assez spontanément d'eux. Ils expriment tous le besoin de réactivité du directeur des soins, voir la disponibilité de ceux-ci pour des rencontres le plus souvent informelles.

Les attentes des PCME vis à vis des directeurs des soins

Si pour les PCME le binôme avec le directeur d'établissement est primordial, ils accordent tous une place « fondamentale » du directeur des soins dans la stratégie de l'établissement. Le directeur des soins représente l'ensemble des paramédicaux, et à ce titre là, le nombre le plus important d'agents de l'hôpital. Ils attendent donc une certaine synergie d'actions, notamment dans la résolution de problèmes.

Aussi, il n'existe pas de corporatisme et les PCME évoquent une complémentarité dans les prises de décisions et un besoin de communication, de transparence et de partage des informations. Ils invoquent aussi spontanément la notion de respect réciproque, même s'ils accordent moins de temps formel aux directeurs des soins.

Ils sont sensibles également au cursus professionnel des DS, à leur parcours ainsi qu'à leur connaissance de leur spécialité. De là en découle souvent la confiance octroyée du

PCME au directeur des soins. Nous pouvons donc penser que le directeur des soins doit effectivement œuvrer stratégiquement auprès du PCME pour y trouver sa légitimité.

Les indicateurs de réussite

Au même titre que les directeurs des soins, les PCME sont assez désarmés face à cette question. Deux PCME n'ont pas su y répondre. Les réponses sont très centrées sur la déclinaison et la mise en œuvre concrète des projets institutionnels au niveau des pôles. Un des indicateurs serait le délai de mise en place des décisions communes, comme le délai de résolution de problématiques. Certains invoquent parfois des désaccords entre le PCME et le directeur des soins sur certains sujets, néanmoins, un autre indicateur serait la volonté d'affichage de décisions communes, comme des procédures ou des protocoles en co-signature.

Le positionnement du binôme PCME / DS en instance est également un indicateur de bonne collaboration. En effet, certains préparent en amont des points du directoire. Les PCME, comme les DS, attendent alors un soutien réciproque pour la défense de certains dossiers. Mais, à nouveau, certains PCME regrettent le manque de positionnement des CGS. D'autres indicateurs de réussite se situent toujours au niveau de la qualité et la sécurité des soins, notamment par la satisfaction des patients, la certification de l'établissement et le lien avec la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), instance dont la direction des soins a parfois la responsabilité.

2.2.2 Analyse par binôme et par établissement

La typologie des binômes : sur huit binômes interrogés, cinq sont mixtes, deux sont composés d'hommes et un seul composé de femmes. L'ensemble des professionnels interviewés exprime une bonne entente et une volonté réciproque de collaborer. Néanmoins, nous pouvons s'interroger sur le biais de la désirabilité sociale. La désirabilité sociale, se définit comme « *l'adéquation connue des comportements observés ou anticipés d'une personne aux motivations ou aux affects réputés des membres typiques d'un collectif social* »³⁴. Cette composante de la valeur renvoie à la connaissance que les gens ont de ce qui est considéré comme désirable (c'est-à-dire chargé d'affects ou correspondant à des motivations) dans une société (ou un groupe donné). La désirabilité sociale est donc à distinguer théoriquement d'une désirabilité « individuelle ». Cette dernière correspondrait aux motivations ou aux affects particuliers qu'une personne peut ressentir à l'égard d'un objet/d'une personne. Ainsi, si certains comportements sociaux (aider autrui, être poli) sont considérés comme désirables socialement, cela n'empêche

³⁴ L. Cambon, « Désirabilité sociale et utilité sociale, deux dimensions de la valeur communiquée par les adjectifs de personnalité » Revue internationale de psychologie sociale, 2006, p 55-56, presse universitaire de Grenoble, 282 p.

pas qu'une personne puisse ne pas supporter (désirabilité individuelle) ce type de comportement pour des raisons qui tiendront, par exemple, de son histoire personnelle. Ainsi, l'analyse de la collaboration de ces huit binômes est à prendre avec modération.

Présentation des établissements : les CHU sont de taille moyenne à importante. Le plus petit a une capacité de 1860 lits et places et le plus grand 3110 lits et places. Deux établissements sont de la même région et les deux autres sont les centres de référence de leur région. Le nombre total de personnes employées varie entre 7700 à 13 400 personnes. La taille des CH est aussi très variable, allant de 829 lits et places à 1180 lits et places. Le nombre de personnes employées est de 1332 à 3100 agents. Deux établissements sont également établis sur la même région. Enfin, un centre hospitalier est excédentaire.

Le positionnement des binômes au sein de leur établissement

Une de nos interrogations était, si la taille de l'établissement contribuait à la mise en place d'une collaboration efficiente. La nature de la collaboration entre les PCME et les directeurs des soins est toujours cordiale et plutôt bienveillante. Cependant, nous avons remarqué que dans les centres hospitaliers où la dimension de l'établissement est plus petite, la proximité aide les directeurs des soins pour des rencontres non formalisées. Les PCME étant peu disponibles, il est plus facile de les aborder en direct lorsque la proximité de leur activité est près de la direction. Au même titre que les PCME répondent plus facilement et rapidement aux sollicitations des directeurs des soins lorsqu'ils sont dans des plus petits centres hospitaliers. Il semblerait alors que la taille de l'établissement ne joue pas forcément sur la nature des relations, mais sur la facilité d'accès entre ces deux personnes. En fonction du cursus professionnel des directeurs des soins, certains ont connu les PCME précédemment, soit en tant que chef de service, soit en tant que chef de pôle. Il est évident que la collaboration est d'autant plus facilitée quand les deux personnes ont partagé un passé commun et connaissent l'histoire de l'établissement. Il est à noter que sur les deux plus petits établissements, le tutoiement est de rigueur entre les PCME et directeurs des soins.

En ce qui concerne plus particulièrement les CHU, l'analyse des entretiens marque une scission plus grande au sein de la direction et entre le binôme PCME/ directeur d'hôpital et le binôme PCME/ directeur des soins. En effet, même si encore une fois, les personnes interviewées n'expriment pas de désaccord ou de tension dans les relations de travail, les directeurs des soins émettent plus de réserve sur la facilité à nouer des relations de travail avec les PCME. Ils expriment spontanément des relations de travail beaucoup plus soutenues avec les directeurs d'établissement, voir pour deux PCME, avec le doyen de la faculté. Nous pouvons analyser cette différence par la nature des projets qui peuvent être très chronophage dans les grands établissements, et également le nombre de personnels

médicaux à gérer au sein de l'établissement. C'est pourquoi les CGS sont plus sensibilisés à la disponibilité des PCME, et semblent indulgents sur le nombre de rencontres informelles qui socle leur collaboration.

Un autre élément important à prendre en considération, est que certains binômes se sont créés à partir du recrutement. Même si l'échantillon est faible (trois sur huit), nous pouvons penser que le fait de « se choisir » facilite bien sûr la collaboration et le lien entre deux personnes. Le DS qui a fait la démarche de rencontrer le PCME avant d'accepter le poste, a longuement expliqué l'importance de partager « *la même vision de l'avenir et d'avoir des valeurs éthiques et philosophiques partagées* ». Au début de leur collaboration, ils ont eu l'opportunité et la chance de partir une semaine en déplacement pour un projet d'informatisation. Le retour a été extrêmement positif et « *très structurant pour leurs relations de travail* ». Aujourd'hui, le DS exprime même le fait qu'ils n'ont pas besoin de « *se voir ensemble pour régler certains dossiers* ».

Si cet exemple semble idéal pour la construction d'une collaboration solide et efficace, la majeure partie des binômes ne se construit malheureusement pas sur ce modèle. Bien souvent, le DS n'est pas choisi par le PCME qui lui-même est « élu » par ses pairs pour un temps défini, et où les enjeux pour l'un et l'autre ne sont pas les mêmes. La construction d'une collaboration se bâtit donc à partir d'une volonté commune et où les périmètres d'actions de chacun sont certes en complémentarité mais bien définis et respectés.

Les modes de fonctionnement

Que ce soit en CH ou en CHU, le mode de fonctionnement des PCME et directeurs des soins est assez similaire. La participation commune dans les instances permet des rencontres formelles, mais aussi l'occasion d'échanger de façon informelle soit en amont, soit en aval des réunions. Les directeurs de soins profitent souvent de ces occasions pour solliciter leur PCME, plutôt sur des problématiques pour lesquels ils souhaitent avoir un avis.

D'autres profitent de ces instances pour préparer la réunion en collaboration avec le PCME, surtout en directoire. D'une manière générale, ce sont les directeurs de soins qui sont à l'initiative de rencontres avec les PCME et qui travaillent à l'instauration d'une dynamique de travail. Rappelons qu'avant leur mandat, la plupart des PCME connaissait peu les missions du directeur des soins. Aucun des PCME audités n'a suivi une formation spécifique à cette nouvelle fonction, et tous s'accordent à dire qu'ils ont « découvert » l'ampleur de leur mission et la charge de travail une fois nommé. La collaboration avec le directeur des soins n'est donc pas leur priorité d'emblée, et c'est pourquoi, ce sont aux directeurs des soins d'initier ce travail. Néanmoins les PCME reconnaissent tous la nécessité de travailler avec eux et en attendent beaucoup, notamment dans le partage

d'informations, le pilotage de projets et dans leur positionnement au sein du directoire et en CME. Il semblerait que l'essentiel de la communication soit surtout informelle et en fonction des besoins de l'un ou l'autre. Les directeurs de soins sollicitent très peu de rendez-vous et ciblent leurs requêtes.

Les PCME ont conscience de la disponibilité des DS et de la pertinence dans leurs demandes. C'est pourquoi, chaque fois que leur directeur des soins font appel à eux, ils répondent favorablement. Cette relation basée sur la confiance, l'adéquation des demandes selon les besoins, la capacité de positionnement des directeurs des soins en instance semble satisfaire les PCME. Les échanges informels, la capacité du PCME à répondre aux besoins, le partage des valeurs et la complémentarité sont pour les directeurs des soins les éléments essentiels pour une collaboration efficiente.

2.2.3 Synthèse de l'analyse

Suite à l'analyse des entretiens et afin de répondre à la question de départ qui était : « **Si la collaboration professionnelle entre le PCME et DS semble indispensable pour l'organisation de l'établissement, existe-t-il des leviers qui permettent de l'instaurer ?** », il est important de répondre maintenant aux différentes hypothèses.

L'impact des réformes hospitalières a conduit le DS et PCME à travailler ensemble.

La nouvelle gouvernance et la loi HPST ont permis de définir les champs d'actions et les missions de chacun. Il semblerait que la présence du directeur des soins en directoire lui confère une légitimité au sein de la direction, si ce dernier est en capacité d'y prendre sa place. Néanmoins, les réformes n'ont pas été un levier particulier permettant la mise en place d'une collaboration plus efficace. Les plus anciens directeurs des soins ont toujours connu ce travail en commun avec les PCME. Pour eux, il s'agit d'une question de relations entre hommes, d'une capacité d'adaptation à la personnalité du PCME et une aptitude à la stratégie de communication. Comme cité précédemment, ce binôme médico-soignant existe à tous les niveaux de la hiérarchie : infirmière-médecin, cadre de santé - chef de service, cadre supérieur de pôle - chef de pôle. Si on se réfère à nouveau au concept de la collaboration interdisciplinaire, ce passé commun contribue aux deux dimensions relationnelles décrites par D'amour : *la finalisation* qui est l'existence d'objectifs communs et des attentes liées à la collaboration même s'il existe des motifs divergents et *l'intériorisation* qui est la prise de conscience des professionnels de leur interdépendance et de l'importance de gérer cette dernière et qui se traduit par une connaissance mutuelle des valeurs et par des rapports de confiance.

La collaboration PCME et directeur des soins, même si elle se situe au niveau stratégique de l'établissement, semble alors d'emblée plus naturelle que le binôme PCME- directeur d'établissement. On pourrait alors supposer que la collaboration avec le directeur des

soins n'est pas une crainte particulière pour le PCME et qu'il s'attache plus à nouer une relation efficiente avec le directeur d'établissement. Son mandat ne dure que quatre ans, l'enjeu majeur se situe plus dans le pilotage de l'établissement et clairement, dans les choix stratégiques d'orientations médicales.

Les champs partagés favorisent les temps d'échange entre le DS et PCME

La politique de la qualité et de la sécurité des soins est le champ partagé systématiquement cité par les professionnels. Sur cette thématique, les PCME attendent beaucoup des directeurs de soins. Pour eux, ils ont l'expertise nécessaire pour mener les projets institutionnels et les décliner au niveau des pôles. Par contre, la recherche est très peu citée, même en CHU, alors qu'elle tend à se développer au sein même des centres hospitaliers. Quant à la formation continue des personnels, qui est aussi un gage de qualité et sécurité des soins, celle-ci n'a jamais été citée.

En revanche, les PCME sont assez unanimes pour citer les dysfonctionnements médico-soignants comme lien d'attache avec les directeurs de soins. Ils reconnaissent tous la notion de hiérarchie du directeur des soins, notamment sur l'encadrement, alors qu'en réalité, elle n'existe que par délégation du directeur d'établissement. Mais c'est souvent sur cette thématique là que le PCME contactera spontanément le directeur des soins.

Un autre élément structurel souvent cité, et qui peut biaiser l'analyse, est la situation financière de l'établissement. Il est vrai que sept établissements audités sur huit sont engagés dans une démarche de contrat de retour à l'équilibre budgétaire. Cet état de fait est à prendre en considération car les PCME, comme les directeurs de soins, sont plus dans une perspective de réduction des dépenses et de réorganisation, que dans une dynamique de création d'activités nouvelles. Un des binômes audités n'a pu se détacher de cette contrainte imposée durant leur entretien. Nous pouvons alors penser qu'aujourd'hui, la préoccupation majeure des établissements étant la recherche d'économie, l'optimisation des moyens et les réorganisations structurelles, les champs partagés du PCME et du directeur des soins ont malheureusement peu leurs places dans les objectifs demandés aux acteurs. Pourtant, l'axe qualité et sécurité des soins reste d'actualité mais l'enjeu de cette collaboration se situe plus dans l'atteinte des objectifs fixés par les tutelles que par le développement et l'amélioration des compétences médico-soignantes.

La capacité du DS à se positionner auprès du PCME et en directoire contribue à la construction d'une relation forte.

L'analyse menée auprès des PCME démontre qu'ils sont attentifs au positionnement du directeur des soins dans les instances. Ils attendent en directoire, comme en CME la

participation active du directeur de soins. Certains ont même exprimé le regret du manque de prise de parole de ces derniers lors de ces instances. Pourtant, les DS sont tous conscients de l'importance de leur présence en directoire, comme en CME et que c'est une opportunité pour positionner la direction des soins.

Rappelons que toujours dans le concept de la collaboration interdisciplinaire, *la confiance mutuelle* dépend des compétences, des aptitudes et des connaissances. Elle est un élément critique surtout pour la compréhension et l'acceptation des rôles. Si le directeur des soins n'arrive pas à prendre sa place et à défendre sa position, il en sera moins crédible auprès du PCME qui pourrait alors ne pas reconnaître en lui l'expertise nécessaire pour mener des projets communs.

Néanmoins, si le directeur des soins a des capacités à afficher clairement ses positions, il faut rester vigilant quant aux prérogatives des uns et des autres. Pour qu'une collaboration soit efficiente, *le respect prérequis* à cette collaboration exige que les collaborateurs reconnaissent et comprennent la complémentarité de l'expertise, ainsi que leur interdépendance.

Cette hypothèse étant clairement confirmée par les entretiens menés, elle fera donc l'objet d'une préconisation.

Les indicateurs de réussite se situent dans la déclinaison des projets au niveau des pôles

Il a été très difficile d'analyser les indicateurs d'une collaboration efficiente. En effet, les professionnels interrogés ont été surpris par la question et n'ont pas répondu spontanément. Néanmoins dans les réponses fournies par les PCME, comme les directeurs des soins, c'est par l'atteinte des objectifs et la déclinaison des projets au sein des pôles que serait reconnue leur collaboration. Mais concrètement, il n'existe pas, au sein des établissements audités, une mise en place d'indicateurs permettant de mesurer la mise en œuvre des projets institutionnels co-validés par le PCME et le directeur des soins. Il est vrai que deux directeurs de soins ont cités les indicateurs IPAQSS et la certification des établissements. Nous pouvons effectivement penser que, la politique qualité et sécurité des soins menée en collaboration entre le directeur des soins et le PCME se traduit par ces indicateurs, au même titre que la mesure de satisfaction des patients et l'analyse des rapports de la CRUQPC (éléments cités par un PCME).

Synthèse de l'analyse

L'analyse des entretiens des huit binômes, enrichie par la rencontre d'un ancien PCME et d'un candidat à la présidence, démontre l'importance de la qualité de la communication et du rapport de confiance qu'il faut instaurer dès le départ. Si cette collaboration semble en continuité du terrain et plutôt naturelle, elle se construit autour de la personnalité de chacun, du respect, de la confiance et de la capacité de positionnement. Le directeur des soins en est souvent l'initiateur et la collaboration semble encore plus pertinente lorsqu'elle est instaurée dès le recrutement.

Au final, chacun attend beaucoup l'un de l'autre et leur mode de fonctionnement se base essentiellement sur des rencontres informelles, ce qui est assez paradoxale au regard du concept de la collaboration interdisciplinaire qui préconise des temps d'échanges formalisés. Ces binômes qui fonctionnent plutôt bien, même si nous prenons en compte le biais de la désirabilité sociale, se façonnent à partir des projets institutionnels, sur la politique de la qualité et sécurité des soins et très peu sur d'autres champs partagés, comme la recherche et la formation continue. Les supports de cette collaboration restent « hospitalo-centrés » et très peu ouverts sur le territoire. Il existe encore probablement des champs exploitables pour renforcer cette collaboration entre PCME et directeur des soins.

3 Les préconisations

Au regard de l'analyse des différents entretiens menés auprès des directeurs des soins et des PCME, les préconisations proposées se veulent pragmatiques et faciles à mettre en œuvre pour un directeur des soins arrivant dans un nouvel établissement ou au changement de la présidence de la CME. Ces propositions permettent la mise en œuvre d'une collaboration à visée « efficiente » dans le respect des champs de compétence des directeurs des soins et des présidents de la CME.

3.1 Une collaboration à créer et à faire vivre

3.1.1 La nécessité d'implication du DS dans l'exorde de la collaboration avec le PCME

Au vu des différents recueils de données, nous avons pu noter que pour les PCME, la collaboration avec le coordonnateur général des soins n'est pas d'emblée sa priorité. A contrario, le directeur des soins a conscience que c'est à lui de faire les démarches auprès du PCME pour se faire connaître et pour créer les premières bases de leur future collaboration. Ainsi, l'idéal est de provoquer cette première rencontre en amont du recrutement du DS dans un nouvel établissement de santé, et c'est à lui de la solliciter auprès du directeur d'établissement. En effet, les différents entretiens menés auprès des CGS ont montré l'intérêt de détecter en amont de leur prise de fonction les potentiels pour une collaboration efficace. Or très peu de directeurs des soins ont eu cette conduite et même au niveau de notre promotion, aucun futur DS n'a eu de rencontre avec les PCME. Cette première démarche, lorsqu'elle est possible, semble donc recommandée.

Dans le cas contraire où ce premier contact n'a pu être établi, il semble primordial pour le DS de provoquer rapidement une entrevue dans les premières semaines qui suivent son arrivée. Ce premier contact doit d'abord permettre au DS de se présenter et de se faire connaître, d'expliquer et de clarifier ses missions puis d'établir ensemble leur mode de fonctionnement et de communication. C'est à partir de la qualité de ce premier échange que se basera le mode de fonctionnement entre le DS et le PCME. Plus stratégiquement, le directeur des soins doit aussi faire l'effort de connaître la spécialité du PCME, d'autant plus si celle-ci n'émane pas du secteur clinique.

En effet, les PCME semblent sensibles au sens clinique des DS et à leurs parcours professionnels. Leur connaissance du terrain est une valeur ajoutée indiscutable et indispensable pour le pilotage de l'établissement. A nous de savoir la mettre en valeur dans notre positionnement auprès du PCME, et plus largement, au sein de l'équipe de direction.

3.1.2 La capacité du positionnement du directeur des soins

Incontestablement, la loi HPST a positionné plus fermement le CGS au sein de l'équipe de direction, notamment par sa présence de droit au sein du directoire. Si au décours des entretiens, les différentes réformes n'ont pas forcément conduit les PCME et les CGS à travailler ensemble, la présence des DS dans les instances leur permet de se positionner en tant que membre entier de la direction. Un des plus anciens CGS audité a bien exprimé le fait « *qu'une place ne se revendique pas, elle s'acquière* ». Ce verbatim nous semble très intéressant car il reflète parfaitement les attendus du PCME envers le CGS, mais aussi le ressenti de l'ensemble des directeurs de soins. Ainsi, la légitimité de la fonction s'acquière, certes au fil du temps, mais aussi par la capacité du DS à prendre sa place au directoire, mais aussi en CME. En effet, le reflet des entretiens a montré notamment le manque de connaissances des PCME sur la fonction directeur des soins. La faculté du DS à présenter des dossiers ou à soutenir des positions en CME nous semble un des moyens de se faire connaître et reconnaître auprès de la communauté médicale. C'est également dans des directoires élargis, en présence des médecins chefs de pôle que peut s'acquérir cette légitimité, d'autant plus si elle est appuyée par le PCME dans la qualité de préparation de dossiers communs. Il est donc indéniable que le CGS doit rapidement savoir se placer dans des instances ou des réunions stratégiques pour représenter l'ensemble des paramédicaux, sans oublier de créer les liens indispensables avec le corps médical, et en la personne du président de CME.

3.1.3 L'importance des temps de communication

C. Mariano (1989)³⁵ présente comme l'une des conditions d'une collaboration réussie et solide, « *la disponibilité d'un temps suffisant pour partager l'information et développer des relations interpersonnelles* ». Les temps d'échange entre le PCME et CGS sont rarement formalisés, hormis leurs présences communes dans les instances ou en réunions. Néanmoins, nous pouvons constater que les rencontres informelles qui semblent être le mode de communication le plus utilisé par les binômes, leur conviennent. Nous avons également noté que quelque soit le motif d'interpellation du DS auprès du PCME, ou vice et versa, ils se rendent immédiatement disponible l'un pour l'autre. Nous pouvons en déduire que par la connaissance de l'un et l'autre et par le respect mutuel de leurs prérogatives, les DS et PCME arrivent à se créer des modes de communication adaptés à leurs besoins. Néanmoins, avant d'arriver à cette relation basée sur des rencontres informelles, nous pouvons penser qu'au début de cette collaboration, des temps formalisés doivent s'instaurer, même si dans le temps, ils vont probablement se déliter.

³⁵ C. Mariano « The case for interdisciplinary collaboration » Nursing Outlook, 1989, pp 285-288

Ces temps formalisés peuvent s'établir par exemple pour la préparation de dossiers communs en amont de réunions, ou présentés en directoire. C'est d'ailleurs souvent ces moments d'échanges qui sont cités par les DS et PCME. En revanche, ils ne peuvent s'instaurer que lorsque « il y a une même dynamique, la même volonté d'avancer et des valeurs partagées ». C'est par une analyse partagée des difficultés rencontrées par l'établissement, ou par des dysfonctionnements médico-soignants que se construit cette collaboration. Il apparaît alors nettement la notion de *reporting*, de transparence dans les informations pour créer ce lien, et pourquoi pas le formaliser. Mais ce sera certainement sous l'égide du directeur des soins.

Ainsi, au-delà bien sûr de la personnalité de chacun, il est important et nécessaire de s'accorder des moments de rencontres, formels ou informels, mais toujours à bon escient et régulièrement. Comme le décrit Michel Crozier³⁶, « *l'organisation crée du pouvoir simplement par la façon dont elle organise la communication et les flux d'information entre ses membres (...)* »

3.2 Une culture partagée comme levier de collaboration

3.2.1 Le parcours patient à travers la politique qualité et sécurité des soins

Les défis majeurs qui impactent nos établissements en matière de recherche d'efficience, poussent la communauté hospitalière à se pencher sur l'organisation du parcours du patient. Le directeur des soins doit alors se saisir de l'opportunité de la V2014 pour travailler avec la communauté médicale, dont représente le PCME, pour améliorer la prise en charge du patient et veiller à la qualité des soins offerts. La mise en place des pôles a souvent été construite dans une logique de filières pour favoriser un parcours de soins cohérent. Se mettre en accord avec les évolutions des besoins de santé devient une nécessité. Rappelons que le directeur des soins « *veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients* ». ³⁷ Ainsi, il paraît incontournable pour le DS et le PCME d'impulser ensemble une politique d'amélioration de la qualité des soins dans l'objectif d'offrir aux patients des prises en charge coordonnées. En effet, il faut un signal institutionnel fort pour entraîner l'ensemble des professionnels dans le changement et promouvoir le travail en interdisciplinarité. Un des outils est probablement l'élaboration d'un projet médico-soignant, avec une déclinaison claire des objectifs médicaux et soignants, ainsi que des indicateurs de réussite. Au-delà du temps imparti pour son élaboration, il permet de faire travailler ensemble le corps médical et le corps soignant.

³⁶ M. Crozier, 1992, L'acteur et le système, Editions du Seuil, p 87

³⁷ Référentiel métier du directeur des soins, mars 2010, p 3

En co-validant les orientations du projet médico-soignant, le PCME et le CGS envoient un signal fort sur leur collaboration, mais aussi structurent ensemble les orientations stratégiques de l'établissement. Car travailler ensemble autour d'objectifs communs renforce aussi la solidarité et l'esprit d'équipe comme le souligne Pierre Cauvin, « *une équipe, ça se construit, l'esprit d'équipe, ça se cultive (...) Il faut se doter des moyens appropriés pour faire d'un groupe, une équipe orientée vers la réalisation d'un but commun et maintenir vivante l'équipe ainsi constituée* ». ³⁸

3.2.2 Le développement de la recherche en soin

Même si le thème de la recherche est peu souvent évoqué dans les entretiens comme levier dans la collaboration entre le PCME et le DS, nous pensons qu'elle est en train de se développer dans les CHU mais aussi dans les CH. C'est donc un axe important à travailler car rappelons que la recherche et l'innovation sont inscrites dans la loi HPST, et qu'elles contribuent à la qualité et sécurité des soins. En effet, avec la mise en place des programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) en 2010, la DGOS témoigne d'une volonté à développer la recherche en soins pour améliorer les pratiques professionnelles des paramédicaux. Le PHRIP complète les autres programmes hospitaliers existants (comme les Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique, PHRC) et n'a pour but de financer des projets d'actions de soins ou d'évaluation. Sa finalité est de « *fournir des connaissances fondées sur des bases scientifiquement validées pour contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins délivrés par les auxiliaires médicaux et d'améliorer les pratiques (...)* » ³⁹ Il s'agit donc bien pour le directeur des soins et le PCME un partenariat à construire ou à développer, et à afficher dans un projet médico-soignant. Ce portage institutionnel est important et le directeur des soins en appui avec le PCME, doit pouvoir inciter les professionnels dans cette nouvelle approche par le biais notamment d'un accompagnement et de la formation. En effet, le corps médical est formé dès leurs études à la recherche médicale, ainsi qu'à l'écriture de publications. La recherche paramédicale est relativement jeune et en terme de formation, il n'existe qu'une « initiation à la recherche » proposée en IFSI. Elle demande à être complétée par une formation continue, voir universitaire. Une première proposition pourrait être un système de « compagnonnage » par les équipes médicales dans le cadre de projet de recherche commune. Selon H. Desroche ⁴⁰, « *l'aptitude à la recherche sommeille, dort ou se trouve en état de veille chez la plupart des êtres humains* ». Il est donc clair que cette prédisposition demande à être accompagnée et complétée par une formation à la recherche.

³⁸ P. Cauvin, 1997, La cohésion des équipes, ESF Editions, Paris, p 9

³⁹ Circulaire DGOS/PF4 n° 2013-105 du 18 mars 2013 relative au PHRIP

⁴⁰ H. Desroche, Apprentissage en sciences sociales et éducation permanente. Editions ouvrières, Paris, 1971, p 23

Au final, conduire et collaborer à des recherches cliniques, c'est promouvoir la santé, influencer les politiques de santé et valoriser l'enseignement. Que ce soit en CHU, ou en plus petits établissements de santé, l'axe de recherche doit pouvoir être un des leviers dans la collaboration PCME et CGS.

3.2.3 Un plan de formation continu partagé

Un des champs partagé et non exploité par le PCME et le directeur des soins, est la formation continue. En effet, au regard des axes du projet médico-soignant, il nous paraît logique de co-construire un plan de formation commun. Rappelons que le directeur des soins « *participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champs de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants* » et que le PCME, « *coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux* ». Il paraît alors étonnant que cette convergence médico-soignante ne soit pas exploitée par les PCME et DS. Pourtant, plusieurs orientations médico-soignantes peuvent être proposées, en partant des besoins au plus près du terrain jusqu'aux projets institutionnels, sans oublier l'axe managériale.

Nous pourrions alors proposer des thématiques communes, s'adressant aux binômes soignant / praticien, cadre de santé / chef de service, cadre supérieur de pôle / médecin chef de pôle et bien sûr, Directeur des soins / PCME. Dans un environnement très changeant où il est nécessaire d'être réactif et dans lequel la concurrence est importante, *l'anticipation, l'adaptabilité et l'innovation* pourraient être les maîtres mots de la stratégie du binôme PCME et directeur des soins qui souhaiteraient proposer un programme de formation continue commun. Pour légitimer la formation continue dans un projet de développement des compétences professionnelles, le directeur des soins peut s'appuyer sur la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences.

En effet, la GPMC consiste à « *la conception, la mise en œuvre et au suivi de politiques et de plans d'actions cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences, en fonction de son plan stratégique ou au moins d'objectifs à moyen terme bien identifiés (...)*⁴¹ Ainsi, le directeur des soins qui investit le champ de la formation continue via la politique GPMC, s'inscrit également dans un partenariat avec la direction des ressources humaines de l'établissement, tout comme le PCME avec la direction des affaires médicales.

⁴¹ Définition proposée par B. Darius La GPMC, enjeux, concepts, conditions de réussite et gestion des adéquations quantitatives. Cours EHESP, juin 2014

L'objectif commun serait alors d'agir sur les organisations de travail par une ingénierie de la professionnalisation. Il faudra alors bien cerner les orientations stratégiques de l'établissement, le climat social et la culture professionnelle dominante mais aussi plus largement, les besoins futurs de l'ensemble du territoire. Dans le secteur de la santé, les connaissances et les techniques médicales ne sont pas stabilisées. Pour Chantal de Singly⁴² « *les évolutions de l'offre en santé entraînent des évolutions importantes des pratiques professionnelles des soins et d'accompagnement. Elles font émerger de nouveaux besoins qui interrogent le périmètre des métiers et des missions existantes* »

3.3 Un enjeu d'avenir commun : le territoire

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé rappelle très fortement la logique du parcours du patient, l'importance du premier recours et la nécessité des coopérations à chaque niveau. La place de l'hôpital public dans le dispositif de l'offre de soins devrait être revue à la baisse au profit des soins de ville et favoriser l'adossement des autres secteurs et accentuer son rôle de recours. Dans ce contexte, les activités hospitalières ne sont pas appelées à être reconsidérées, mais à connaître une réorganisation, accélérée par la pression du plan triennal d'économies. Les enjeux sont de maintenir ou de rétablir les équilibres, pour le meilleur accès aux soins hospitaliers, la qualité des prises en charges, l'articulation efficace de tous les acteurs de soins et médico-sociaux, dans un contexte de moyens très contraints. Il s'agit aussi de mesurer les conséquences des réformes sur nos exercices professionnels, qui se trouvent très fortement transformés dans les contenus, les responsabilités et les effectifs.

3.3.1 Les groupements hospitaliers territoriaux

Face à la configuration des nouvelles grandes régions, et à l'aube de la mise en œuvre de la future loi de santé, il nous semble qu'un des leviers de la collaboration directeur des soins et PCME est la stratégie de mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoires, non seulement pour la qualité du parcours de soins du patient mais aussi dans un souci de positionnement de l'établissement au sein de son territoire (CHU ou CH). Nous pouvons déjà nous appuyer sur certains articles notamment l'article L 6132-1 qui stipule : « *Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre **une stratégie de prise en charge commune et graduée** du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par **une mise en commun de fonctions** ou par des **transferts d'activités** entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent **un projet médical partagé** garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours (...)*».

⁴² Rapport De Singly, Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé. Juillet 2014

L'article L 6132-2 précise que « *la convention constitutive du GHT définit les modalités de constitution **des équipes médicales communes**, et le cas échéant, **des pôles inter-établissements** (...), les modalités **d'organisation et de fonctionnement** du groupement par **la désignation de l'établissement support** chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements du groupement, les compétences et les activités déléguées (...) et par **la composition du comité stratégique** chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment **les directeurs d'établissements, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques** de l'ensemble des établissements du groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint à qui il délègue tout ou partie de sa compétence (...) »*

Les principes de fonctionnement étant posés et probablement non remaniés sur le fond, les directeurs des soins et PCME, en lien avec les directeurs d'établissement, doivent travailler ensemble sur les futurs projets d'établissements, en intégrant toute la dimension territoriale qui s'impose à eux. Bien sûr, il reste des interrogations sur la structuration des GHT, et notamment sur le découpage territorial, sur le choix de l'établissement support, sur les systèmes d'information, mais nous savons aujourd'hui qu'il y aura un impact évident sur le management de demain.

En fonction du type d'établissement dans lequel nous exerçons, nous pouvons anticiper certaines modalités de fonctionnement et orientations stratégiques médicales, surtout s'il existe déjà une communauté hospitalière de territoire. Dans une étude de parcours de soins efficient au sein d'un territoire, il semblerait même indispensable qu'il y ait un groupe de travail composé des binômes directeurs des soins et PCME.

L'élaboration d'un projet médical partagé pourrait alors être décliné sur un modèle d'un projet médico-soignant partagé dans lequel serait défini les différents parcours de soins, la répartition des prises en charge entre établissement support, établissements membres et pôles. Il serait alors nécessaire de préciser clairement les responsabilités respectives et d'associer les CME et CSMIRT des établissements dans les coopérations entre équipes médicales et paramédicales.

Un autre paramètre qui peut affecter à la fois le management et la direction des établissements de santé est l'organisation de la coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux. L'enjeu est de réussir l'adossement des divers établissements, pour favoriser la qualité des prises en charge et la maîtrise des coûts, par des filières structurées et des mutualisations réussies.

3.3.2 Dynamiser les coopérations hospitalières existantes

La loi HPST a défini dans son titre IV les modalités d'organisation de la prise en charge des patients sur les territoires. L'objectif est d'offrir aux patients des parcours de prise en charge transversaux et coordonnés définis de manière plus décentralisée afin de mieux répondre aux besoins des patients. Le titre I de cette même loi prévoit la possibilité pour les établissements publics de santé de constituer des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), structures de coopérations fonctionnelles ne disposant pas de personnalité morale. Ces CHT avaient pour objet de développer des coopérations entre les établissements contractants. La définition d'une offre de soins fondée sur les besoins des populations sur le territoire constitue une priorité. Il s'agit ainsi de continuer à développer une stratégie commune pour passer de prises en charges successives par établissement à un réel parcours de soins fondé sur les besoins des patients.

L'importance donnée aux coopérations de territoire par la loi HPST, renforcée par le projet de loi de modernisation du système de santé, impacte la stratégie, l'organisation et la structuration des établissements de soins. Pour avoir un réel impact sur la qualité des prises en charge et sur la maîtrise des dépenses de santé, les coopérations hospitalières doivent intervenir sur les stratégies et les projets d'établissements. MC Hardy-Bayle⁴³, directeur médical, estime ainsi que « *les mutualisations inter-établissements, quelle qu'en soit la forme, pour être réellement efficaces, ne doivent pas rester limitées à des mutualisations de gestion (...) mais doivent s'ouvrir aux projets soignants et donc stratégiques de l'organisation* ». C'est dans cet objectif que doit se créer un des axes des projets médico-soignants qui devront s'appuyer sur les coopérations médicales déjà mis en place. L'objectif serait d'assurer une gradation des soins en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge ainsi que la pérennité des activités.

Le bilan aujourd'hui des coopérations reste mitigé et la plupart des acteurs, qu'ils soient directeurs, médecins ou cadres déplorent un manque de dynamisme global. Souvent lié aux distances et au manque de rencontres et d'échanges formalisés entre professionnels, les coopérations restent à consolider. Ainsi, nous pouvons penser que, déployer un projet de coopération dans un socle commun de projet médico-soignant pourrait constituer la base d'une nouvelle dynamique dans le cadre des futures GHT. Au préalable, il sera nécessaire de cartographier les coopérations existantes sur le territoire, de les analyser avant d'engager une réflexion stratégique et partagée avec les différents acteurs.

⁴³ MC Hardy-Bayle, septembre 2013, Vers une organisation territoriale de la santé ? Les cahiers de la fonction publique, n° 336, Dossiers établissements de santé : coopérations et parcours de soins, p 37

Une réflexion sur les temps partagés médicaux et paramédicaux semble un axe efficient dans les coopérations, tant en gain de temps que dans le partage des connaissances et le transfert de compétences. Enfin, les coopérations s'adressent largement aux établissements complémentaires, notamment sanitaires et médico-sociaux. C'est là que les ruptures de prise en charge sont les plus problématiques et c'est aussi là que l'intérêt d'agir est le plus manifeste.

Ce processus de coopération nécessite donc un pilotage dans le cadre d'une démarche projet structurée qui doit être menée, en priorité, par les PCME et directeurs des soins des établissements. Le déploiement et la pérennité d'un tel projet exigent une coopération et collaboration forte entre ces professionnels.

3.4 Synthèse des préconisations

Ces propositions n'ont rien de prescriptives, ni limitatives mais se veulent pragmatiques et sont élaborées en fonction des professionnels et des personnalités audités. Elles sont des axes de réflexion pour permettre aux acteurs de mieux s'approprier leurs missions depuis les réformes hospitalières intervenues sur le pilotage interne et de les préparer pour faire face aux nouveaux enjeux.

1 -Implication du directeur des soins dans l'exorde de la collaboration

- Solliciter un entretien auprès du PCME au moment du recrutement
- Provoquer rapidement une entrevue afin de définir ensemble les modalités de fonctionnement
- Connaître la discipline du PCME
- Exposer son parcours professionnel en mettant en avant l'expertise soignante

2 –Capacité de positionnement du directeur des soins

- Participer activement aux instances
- Savoir soutenir des dossiers en CME
- Réaffirmer les missions du DS à la communauté médicale
- Préparer des dossiers communs avec le PCME avant le directoire
- Représenter l'ensemble des paramédicaux

3 – L'importance des temps de communication

- Instaurer des temps de rencontres formalisés dès le départ
- S'adapter à la disponibilité du PCME
- Accepter un mode de communication majoritairement informelle
- Partager les informations et être transparent l'un envers l'autre
- Analyser les dysfonctionnements médico-soignants ensemble

4 –les propositions de leviers :

Le parcours patient à travers la politique qualité et sécurité des soins

- Définir une politique commune d'amélioration de la qualité et sécurité des soins
- Créer un projet médico-soignant
- Co-valider des procédures et protocoles de prise en charge des patients

Le développement de la recherche en soins

- Promouvoir la recherche et l'innovation au niveau des équipes paramédicales
- Inscrire l'axe de recherche dans le projet médico-soignant
- Proposer un « compagnonnage » des équipes paramédicales par les équipes médicales

Travailler sur un plan de formation continue

- Co-construire un plan de formation commun au regard des axes du projet médico-soignant
- Inciter des formations commun corps soignant – corps médical

5 –Enjeu commun d'avenir, le territoire

Les Groupements Hospitaliers de territoire

- Anticiper l'étude de la mise en place des GHT
- Arrêter les grandes orientations stratégiques médico-soignantes
- Instaurer un groupe de travail composé des binômes PCME/DS des établissements de santé membres dans le cadre des parcours de soins

Dynamiser les coopérations hospitalières

- Proposer un projet médico-soignant partagé
- Assurer le suivi par des rencontres formalisées du groupe de travail PCME/DS

Conclusion

L'évolution du monde hospitalier et la multitude des réformes qu'il a subi, modifient continuellement le positionnement et la responsabilité des acteurs hospitaliers. L'organisation interne de nos établissements, ainsi que le contexte de notre système de santé à la veille de la nouvelle loi de la modernisation de notre système de santé, interrogent sur nos modes de management. Au cœur des établissements de santé, le corps médical et le corps paramédical sont indissociables et il se pose alors la question de « comment travailler ensemble d'une manière efficiente ». L'hôpital étant construit sur un modèle très hiérarchisé, nous le retrouvons à toutes les strates cette collaboration médico-soignante. Ainsi, la notion de collaboration interdisciplinaire est particulièrement prégnante dans les établissements de santé. Ce concept prend une importance particulière si l'on considère que le fonctionnement des services de santé appelle de plus en plus à un haut degré de coordination entre les différents professionnels.

En effet, l'interaction dépend des relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe. Pronovost⁴⁴ précise que « *la collaboration interprofessionnelle nécessite un rapport d'échange entre les individus et de reconnaissance des compétences respectives* ». D'après cette psychologue, il est de première importance que les professionnels collaborant se sentent compétents et productifs ensemble. En fait, il semble que l'une des clés de la dynamique de la collaboration interprofessionnelle soit de reconnaître et de valoriser les compétences, sans les opposer. Au plus haut de la hiérarchie médico-soignante se trouvent le président de la CME et le directeur des soins, président de la CSMIRT. Si leur collaboration semble naturelle et légitime, elle reste néanmoins à construire et à faire vivre pour être efficiente au bénéfice des équipes et surtout, du patient. Faire équipe et collaborer constitue d'abord une expérience de relations. Cette expérience subjective est faite de composantes individuelles, comme la volonté de collaborer et l'ouverture envers l'autre, et de composantes interactionnelles, comme la qualité des relations interpersonnelles, la communication, le conflit ou le leadership. Pour certains auteurs, c'est la volonté à collaborer qui constitue le facteur le plus important dans la mise en place d'une pratique collaborative. Celle-ci dépendrait de l'éducation professionnelle, des expériences antécédentes similaires et de la maturité de l'individu.

⁴⁴ PRONOVOST, Peter, NEEDHAM, Dale, BERENHOLTZ, Sean, *et al.* An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 2006, vol. 355, no 26, p. 2725-2732.

Pour Henneman, la communication influencerait particulièrement le degré de collaboration et son impact serait majeur du fait qu'elle exprime d'autres facteurs importants comme le respect mutuel et le partage. Enfin, d'autres prétendent que la confiance mutuelle dépend des compétences, des aptitudes et des connaissances et qu'elle constitue un enjeu critique surtout pour la compréhension et l'acceptation des rôles.

Or la connaissance et la compréhension du rôle de chacun sont nécessaires pour développer une vision commune et contribuent au respect prérequis à la collaboration qui exige que chacun reconnaisse et comprenne la complémentarité de l'expertise et des rôles, ainsi que leur interdépendance (Mariano, 1989). Si tous les « ingrédients » sont présents pour que la collaboration entre le PCME et le directeur des soins soit facilitée, il s'avère au décours de la recherche qu'elle n'est pas si aisée. Au-delà de la personnalité de chacun, qui reste un élément important, la relation doit se construire, effectivement sur la volonté de chacun, mais aussi à partir de l'impulsion donnée par le directeur des soins. En effet, les PCME sont tous unanimes sur la nécessité de travailler avec eux, mais n'en font pas d'emblée une priorité. Le défi du directeur des soins est donc de construire cette relation en mettant en exergue ses compétences, son expertise, sa complémentarité mais aussi sa volonté, sa loyauté et dans le respect des prérogatives de chacun.

Toutefois, l'analyse a démontré qu'il n'y avait pas de dysfonctionnements majeurs dans les binômes et que, quelque soit le mode de fonctionnement et de communication, chacun était satisfait de leur collaboration. Un autre aspect révélé par l'enquête est l'attente des PCME dans le positionnement du directeur des soins dans les instances, qui contribuerait alors à la reconnaissance et à la légitimité de leur fonction. C'est un élément important à souligner car il prend tout son sens depuis la loi HPST qui reconnaît au DS, président de la CSMIRT, un membre de droit au directoire. De ce fait, nous devons saisir cette opportunité pour afficher clairement notre positionnement au sein de l'équipe de direction.

Enfin, si la collaboration semble naturelle et facilitée lorsqu'elle touche les organisations soignantes, la politique de la qualité et sécurité des soins, elle reste encore à construire dans d'autres domaines qui sont la recherche et l'innovation, ainsi que l'élaboration des plans de formation continue. Pourtant, ce sont des champs communs aux PCME et directeurs des soins, mais qui ne sont pas reconnus comme tels. Ce sont alors des nouvelles pistes qui peuvent être exploitées afin d'élargir les domaines de collaboration.

Mais aujourd'hui, au-delà des organisations internes des établissements de santé, c'est aussi une réflexion à mener sur l'organisation du territoire. La construction des futurs Groupements Hospitaliers de Territoire se prépare dès aujourd'hui et probablement par un positionnement et un collectif fort des PCME et des directeurs des soins.

L'avenir de notre système de santé dépend alors de notre capacité à travailler ensemble dans le but d'optimiser les parcours de soins, et de santé du patient. Il nous appartient de lever les obstacles à la collaboration interprofessionnelle et de générer de « nouvelles capacités collectives » correspondant à la découverte, la création ou l'acquisition de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnements et apprentissages collectifs, indispensables pour « *contrer la rigidité intrinsèque de la plupart des organisations de santé.* » (Cozier et Firedberg, 1977)

Les barrières les plus communes sont liées aux différences historiques et culturelles, les rivalités interprofessionnelles, les différences de langage et des niveaux variés de préparation, qualifications et statuts. La formation des professionnels de santé peut aussi constituer un obstacle à la collaboration interprofessionnelle, elle a le plus souvent été dispensée de manière cloisonnée. L'occasion d'expérimenter la pratique en collaboration interprofessionnelle n'est pas une pratique courante.

La raison principale de cette opposition réside dans ce qui est connu en sociologie par « *l'héritage du modèle professionnel* » : le professionnel hérite d'une tradition qui valorise l'autonomie complète dans le travail alors que les équipes interprofessionnelles valorisent la collaboration et la complémentarité.

Cependant la collaboration reste un phénomène complexe qui met en relation des éléments organisationnels, interpersonnels et systémiques. Des études effectuées de par le monde ont contribué à une meilleure compréhension de ce concept mais des recherches supplémentaires dans des contextes différents sont nécessaires pour renforcer la compréhension de la collaboration et pour mettre en valeur son importance et son intérêt.

Pourtant, dans le futur défi de la Modernisation de notre système de santé et dans la configuration des nouvelles régions, la collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire, inter-établissements, inter-régions est une réalité qui ne nous laisse pas le temps de prendre du retard...

« La pierre n'a point d'espoir d'être autre chose que pierre. Mais de collaborer, elle s'assemble et devient temple ».

Antoine de Saint Exupéry

Bibliographie

Articles :

BITAUD JR, Mars 2013, « Osons un nouveau management des ressources humaines », Gestions hospitalières, n° 524, pp 139-142

BUDET JM, Février 2014, « La gouvernance interne des établissements publics de santé, un subtil copilotage », La gazette de l'hôpital, n° 108, pp 1-4

CAMBON, L. « Désirabilité sociale et utilité sociale, deux dimensions de la valeur communiquée par les adjectifs de personnalité. » Revue internationale de psychologie sociale, 2006, vol. 19, n° 3, pp. 125-151.

CAUVIN P., 1997, « La cohésion des équipes » ESF Editions, Paris, p 9

CHAUVANCY MC, DUGAST C, Juin 2013, « Le métier des directeurs des soins, un exercice solitaire ou des missions partagées au service de la stratégie ? », Les cahiers de la Fonction Publique, n° 333, pp 54-68 FELLINGER F., BOIRON F., *Mission hôpital public*, Rapport du Ministère du travail, de l'Emploi et de la Santé, 103 p, Janvier 2012

CROZIER, M. Le changement dans les organisations. Revue française d'administration publique, 1991, n° 59, pp. 349-354.

DESROCHE H., 1971 « Apprentissage en sciences sociales et éducation permanente. » Editions ouvrières, Paris, 1971, p 23

DE MONTALEMBERT L, Septembre 2012, « Directeur des soins, un métier en mutation », Objectifs Soins et Management, n° 208, pp 24-26

DEVRESSE E., Janvier-Février 2002, « Légitimité du directeur et jeu des acteurs, une analyse à partir des logiques de régulation et de la crise du système de soins », Revue Hospitalière de France, n° 484, pp 49-57

FRAY AM, Août 2009, « Nouvelles pratique de Gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs », Management et avenir, n°28, pp 142-159

HARDY-BAYLE MC, septembre 2013, Vers une organisation territoriale de la santé ? Les cahiers de la fonction publique, n° 336, Dossiers établissements de santé : coopérations et parcours de soins, p 37

HOUSSET J., Mai-Juin 2015 « Directeur des soins et coordination territoriale », Revue hospitalière de France, n° 564, pp 20-24

JOUBERT E., LESTIENNE A., Juin/ Juillet 2013, « Nouvelle gouvernance, de la gestion administrative centralisée à la gestion médico-économique déconcentrée », *Gestions hospitalières*, n° 527, pp 329-333

LEDOYEN JR., Septembre 2015, « Directeur des soins, un métier en continuelle évolution », *Soins cadres*, n° 95, pp 38-41

NOBRE, Thierry. Performance et pouvoirs dans l'hôpital. *Politiques et management public*, 1999, vol. 17, n° 3, pp. 71-91.

PINEY D, LALLEMAND JM, Mai-Juin 2012, « Une gouvernance hospitalière renouvelée, analyse d'un président de CME et d'un directeur », *Revue Hospitalières de France*, n° 546, pp 58-63

SABOUNTCHI T., Novembre-Décembre 2010, « Après la loi HPST, quelle place des médecins dans la nouvelle gouvernance hospitalière? » *Revue Hospitalière de France*, n° 537, pp 58-61

SCHWEYER, François-Xavier. Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier ? *Revue française des affaires sociales*, 2001, vol. 4, n° 4, pp. 115-121

Rapports :

CHARREAUX, G. et al. « La gouvernance hospitalière: quelques réflexions à partir de la gouvernance d'entreprise. » Université de Bourgogne-CREGO EA7317 Centre de recherches en gestion des organisations, 2010.

COUTY E. « Le pacte de confiance pour l'hôpital » 76 p Février 2013

COUTY, E., « Hôpital public : le grand virage ». 2010.

DE SINGLY, C. » Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé. » Juillet 2014

FELLINGER F., BOIRON F., « Mission hôpital public, Rapport du Ministère du travail, de l'Emploi et de la Santé » 103 p, Janvier 2012

FOURCADE JP. « Evolution de la réforme de la gouvernance dans les établissements de santé » Rapport au parlement, 75 p, Janvier 2012

HOFFMANN P. « La réforme hospitalière - bilan et perspectives. » Conseil économique et social, 1983.

MOLINIÉ E. (ed.). « L'hôpital public en France: bilan et perspectives. » Les éditions des journaux officiels, 2005.

VALLANCIEN G. Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire. *Paris : Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des sports et de la vie associative*, 2008, vol. 10.

Législation :

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

Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé

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

Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé

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

Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé

Circulaire DGOS/PF4 n° 2013-105 du 18 mars 2013 relative au PHRIP

Sites internet :

Projet de loi de modernisation de notre système de santé (mis à jour le 7/10/15 et consulté le 12/10/15) www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante

Site AFDS : www.directeurdesoins-afds.com/fonction_ds.pdf (consulté le 16/10/15)

Site EHESP/ référentiels métier et compétences des directeur des soins (consultés le 17/10/15) :

http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf

<http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel-de-competences-directeur-soins-2015.pdf>

Projet Infirmières Praticiennes Spécialisées en Soins de Première Ligne.info, 2013, fiche d'information sur la collaboration : un outil pour assurer un suivi optimal de la clientèle. p 1 Montréal. <http://www.ipspl.info> (consulté le 17/10/15)

Enseignements :

LAUDE L., 2015, UE 9 : Gouvernance et leadership

SCHWEYER FX., 2015, UE 8 : Sociologie de l'hôpital et de l'action collective

Congrès et séminaires :

5^{ème} séminaire des directeurs des soins, Juin 2015, « Travailler ensemble, le défi d'une territorialisation réussie », EHESP

13^{ème} journées nationales d'études des directeurs des soins, Octobre 2015 « Manager sereinement quand tout bouge », AFDS

Ouvrages :

CROZIER, FRIEDBERG, E. *L'acteur et le système*. Le Seuil, 1992.

D'AMOUR, D. 1997, Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. [Structuring of interprofessional collaboration in primary healthcare services in Québec]. Thèse de doctorat. PhD thesis]. Montréal: Université de Montréal.

HENNEMAN, Elizabeth A., LEE, Jan L., et COHEN, Joan I. Collaboration: a concept analysis. *Journal of advanced Nursing*, 1995, vol. 21, n° 1, p. 103-109. De gouvernance des associations ? 2008.

MARIANO, Carla. The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 1988, vol. 37, n° 6, p. 285-288.

MEIER, Olivier et SCHIER, Guillaume. Quelles théories et principes d'actions en matière de gouvernance des associations? 2008.

MINTZBERG, Henry. The structuring of organizations: A synthesis of the research. University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Research Reference in Entrepreneurship, 1979.

MOTTA, Jean-Michel. Pour une approche du travail en équipe. 2003.

PRONOVOST, Peter, NEEDHAM, Dale, BERENHOLTZ, Sean, *et al.* An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 2006, vol. 355, n° 26, p. 2725-2732.

TABUTEAU, D. La loi HPST peut mener à la privatisation du système de santé. 2010.

VALLET G. Préface « Le management de pôles à l'hôpital » Editions Dunod, p. 4, 2012.

Mémoires consultés :

BILICIK-DORNA C., 2011 « La place du président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques au sein du directoire », EHESP, 54 p

CORALIE, C., 2014 « La communauté médicale et le directeur des soins, une collaboration indispensable au service du patient », EHESP, 55 p

DELTOMBE, C., 2014 « La collaboration entre le directeur général et le directeur des soins en établissement public de santé : un réel enjeu pour un pilotage institutionnel partagé et éclairé » EHESP, 46 p

PALENI N., 2014, « Le rôle du coordonnateur général des soins dans le développement des coopérations au sein des Communautés hospitalières de Territoire », EHESP, 50 p

Liste des annexes

- Annexe 1 :** Décret du 30 décembre 2009 relatif au PCME
- Annexe 2 :** Décret du 20 septembre 2013 relatif à la CME
- Annexe 3 :** Article 4 du décret du 19 avril 2002 portant statut du corps des DS
- Annexe 4 :** Guide d'entretien destiné aux DS
- Annexe 5 :** Guide d'entretien destiné aux PCME

Annexe 1 : décret du 30 décembre 2009 relatif au PCME

Le 6 octobre 2015

JORF n°0303 du 31 décembre 2009

Texte n°221

DECRET

Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé

NOR: SASH0931052D

ELI: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2009/12/30/SASH0931052D/jo/texte>
Alias: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2009/12/30/2009-1762/jo/texte>

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6143-7 et L. 6143-7-3 ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, notamment ses articles 10 et 131,

Décète :

Article 1

La section III du chapitre III du titre IV du livre 1er de la sixième partie du code de la santé publique est remplacée par les dispositions suivantes :

« Section III

« Président de la commission médicale d'établissement,

vice-président du directoire

« Art.D. 6143-37.-Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sous réserve des attributions de la commission médicale d'établissement.

« Il est chargé du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.

« Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la commission médicale d'établissement en vertu de l'article L. 6144-1.

« Art.D. 6143-37-1.-Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, élabore avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.

« Le projet médical est élaboré pour une période de cinq ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2. Il comprend notamment :

« 1° Les objectifs médicaux en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire et le contenu de l'offre de soins ;

« 2° Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

« 3° Le cas échéant les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;

« 4° L'organisation des moyens médicaux ;

« 5° Une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient ;

« 6° Un volet relatif à l'activité palliative des services ou unités fonctionnelles identifiant les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs. »

« Art.D. 6143-37-2.-Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, coordonne la politique médicale de l'établissement. A cette fin, il assure notamment les missions suivantes :

« 1° Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;

« 2° Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;

« 3° Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;

« 4° Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;

« 5° Il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

« Art.D. 6143-37-3.-Le temps consacré aux fonctions de président de la commission

médicale d'établissement, vice-président du directoire, est comptabilisé dans les obligations de service des praticiens concernés.

« Une indemnité de fonction est versée au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Cette indemnité n'est pas assujettie au régime de retraite complémentaire institué par le décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 modifié portant création d'un régime de retraites complémentaires des assurances sociales en faveur des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques.

« Art.D. 6143-37-4.-Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, dispose de moyens matériels, financiers et humains pour mener à bien ses missions.

« Art.D. 6143-37-5.-Une formation est proposée au président de la commission médicale d'établissement à l'occasion de sa prise de fonction.

« A sa demande, le président de la commission médicale d'établissement peut également bénéficier d'une formation à l'issue de son mandat, en vue de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales. Les modalités de cette formation sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Article 2

Les dispositions du présent décret entrent en vigueur dans les conditions prévues au VIII de l'article 131 de la loi du 21 juillet 2009 susvisée.

Article 3

Le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat et la ministre de la santé et des sports sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 30 décembre 2009.

François Fillon

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,
Roselyne Bachelot-Narquin
Le ministre du budget, des comptes publics,
de la fonction publique
et de la réforme de l'Etat,
Eric Woerth

Annexe 2 : décret du 20 septembre 2013 relatif à la CME

Le 6 octobre 2015

JORF n°0221 du 22 septembre 2013

Texte n°2

DECRET

Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé

NOR: AFSH1318538D

ELI: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/9/20/AFSH1318538D/jo/texte>

Alias: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/9/20/2013-841/jo/texte>

Publics concernés : établissements de santé.

Objet : modification des règles relatives à la commission médicale d'établissement, à la transformation des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication. Les commissions médicales d'établissement disposent d'un délai de six mois pour adapter leur composition aux dispositions des articles R. 6144-3, R. 6144-3-1 et R. 6144-4 du code de la santé publique issus du présent décret.

Notice : le décret a pour objet de faire évoluer la gouvernance des établissements de santé. Les articles 1er, 2 et 3 sont relatifs à la redéfinition des compétences de la commission médicale d'établissement, à sa composition et à l'élection de son président. La commission médicale d'établissement donnera désormais son avis sur les orientations stratégiques de l'établissement, son organisation interne, la politique de coopération territoriale, la politique de recherche et d'innovation, l'accueil et l'intégration des professionnels et des étudiants ainsi que sur la gestion prévisionnelle des emplois. Son avis est renforcé sur les questions financières. Par ailleurs, la composition de la commission est élargie aux étudiants hospitaliers. Les articles 4 et 5 simplifient les procédures de fusion d'établissements. Les modalités de transfert des personnels des établissements fusionnés vers le nouvel établissement sont précisées et les procédures d'élaboration du règlement intérieur du futur établissement renouvées. Enfin, la durée des mandats des représentants des instances consultatives du nouvel établissement est précisée. L'article 6 prévoit la désignation d'un référent antibiothérapie au sein des établissements de santé.

Références : les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'éducation, notamment son article L. 713-4 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6144-1 et L. 6144-2 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Chapitre Ier : Compétences et composition de la commission médicale d'établissement

Article 1

I. — L'article R. 6144-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 6144-1.-I. — La commission médicale d'établissement est consultée sur des matières sur lesquelles le comité technique d'établissement est également consulté ; ces matières sont les suivantes :

« 1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;

« 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;

« 3° Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 ;

« 4° L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 ;

« 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;

« 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

« II. — La commission médicale d'établissement est également consultée sur les matières suivantes :

« 1° Le projet médical de l'établissement ;

« 2° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;

« 3° La politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;

« 4° La politique de formation des étudiants et internes ;

« 5° La politique de recrutement des emplois médicaux ;

« 6° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

« 7° Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;

« 8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;

« 9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;

« 10° Le règlement intérieur de l'établissement ;

« 11° Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux. »

II. — L'article R. 6144-1-1 est ainsi modifié :

1° Les 1°, 2°, 6°, 7° et 9° sont abrogés ;

2° Les 3°, 4°, 5°, 8° et 10° deviennent respectivement les 1°, 2°, 3°, 4° et 5°.

Article 2

Aux articles R. 6152-34 et R. 6152-226 du code de la santé publique, les mots : « mentionné au 6° » sont remplacés par les mots : « mentionné au 8° du II ».

Article 3

I. — Au 5° du I de l'article R. 6144-3 du code de la santé publique, les mots : « Un représentant élu des sages-femmes » sont remplacés par les mots : « Des représentants élus des sages-femmes ».

II. — L'article R. 6144-3-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au 6° du I, les mots : « Un représentant élu des sages-femmes » sont remplacés par les mots : « Des représentants élus des sages-femmes » ;

2° Après le 7° du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Des représentants des étudiants hospitaliers comprenant un représentant pour les étudiants hospitaliers en médecine, un représentant pour les étudiants hospitaliers en pharmacie, un représentant pour les étudiants hospitaliers en odontologie et un représentant pour les étudiants en maïeutique. » ;

3° Au dernier alinéa du I, après les mots : « sont en nombre égal. », sont ajoutés les mots : « Toutefois, lorsque les personnels enseignants et universitaires représentent moins de 10 % des praticiens titulaires de l'établissement le règlement intérieur peut prévoir une dérogation à cette règle. »

III. — L'article R. 6144-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au cinquième alinéa du I, les mots : « le directeur général de l'agence régionale de santé » sont remplacés par les mots : « le président du directoire » ;

2° Le I est complété d'un alinéa ainsi rédigé :

« Les représentants des étudiants hospitaliers sont désignés pour deux ans. Ils sont nommés par le président du directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein des conseils des unités de formation et de recherche liées par convention à l'établissement. Un représentant des étudiants en maïeutique est nommé pour deux ans par le président du directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil de la composante universitaire liée par convention à l'établissement ou sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil technique de l'école hospitalière rattachée à l'établissement. »

IV. — Au deuxième alinéa de l'article R. 6144-5 du code de la santé publique, après les mots : « les praticiens titulaires. », sont ajoutés les mots : « Toutefois, en cas d'absence de candidat parmi les personnels enseignants et universitaires, le président peut être élu parmi les praticiens titulaires de l'établissement ».

V. — Au troisième alinéa de l'article R. 6144-5-1 du code de la santé publique, après les mots : « si l'effectif médical le justifie », sont ajoutés les mots : « Par dérogation au sixième alinéa de l'article R. 6144-4, lorsqu'un chef de pôle est élu président de la commission et qu'il perd en cours de mandat la qualité de chef de pôle, il continue d'exercer son mandat de président. »

Chapitre II : Transformations des établissements publics de santé

Article 4

L'article R. 6141-11 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est remplacé par l'alinéa suivant :

« Les personnels sont transférés dans le nouvel établissement, qui en devient l'employeur en vertu des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 6141-7-1. » ;

2° Il est ajouté un quatrième alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'un établissement public de santé est créé en application du deuxième alinéa de l'article L. 6141-1, son premier règlement intérieur est arrêté par le directeur pour une période qui ne peut excéder vingt-quatre mois dans l'attente de la constitution du directoire et du conseil de surveillance. »

Article 5

L'article R. 6141-13 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 6141-13.-I. — Le directeur chargé de la mise en place du nouvel établissement procède, avant la date prévue pour la création de cet établissement, à la constitution de sa

commission médicale, de son comité technique et de sa commission du service de soins infirmiers, de réadaptation et médico-techniques en vue de composer le conseil de surveillance du futur établissement devant résulter de la transformation.

« Sont électeurs ou éligibles ou susceptibles d'être désignés aux instances mentionnées ci-dessus du futur établissement l'ensemble des personnels des établissements concernés par la création ou la transformation et remplissant les conditions prévues à cet effet à la date de l'élection ou de la désignation.

« II. — Pour la constitution du comité technique d'établissement :

« 1° Les organisations syndicales représentatives dans chacun des établissements concernés par la transformation sont habilitées à présenter des listes de candidats ;

« 2° Les effectifs pris en compte pour le calcul du nombre de représentants du personnel à élire sont ceux qui résultent du cumul des effectifs des établissements concernés au 31 mars de l'année précédant la création du nouvel établissement.

« Les organisations syndicales proposent, dès la proclamation des résultats des élections au comité technique d'établissement, les noms des représentants du personnel au conseil de surveillance prévus aux articles R. 6143-2 et R. 6143-3.

« III. — Pour la constitution de la commission médicale d'établissement et de la commission du service de soins infirmiers, de réadaptation et médico-techniques du futur établissement, les règlements intérieurs des établissements concernés par la transformation déterminent en des termes identiques la composition de ces instances.

« La commission médicale d'établissement et la commission du service de soins infirmiers, de réadaptation et médico-techniques procèdent, dès leur constitution, aux élections nécessaires à la désignation de leurs représentants respectifs au conseil de surveillance dans les conditions prévues aux 2° et 3° de l'article R. 6143-4. Les représentants ainsi désignés le sont dans l'attente de la constitution du directoire et du conseil de surveillance pour une période qui ne peut excéder vingt-quatre mois.

« IV. — Le mandat des membres des instances mentionnées ci-dessus ne commence à courir qu'à compter de la date de création du nouvel établissement ou de sa transformation. »

Chapitre III : Actions de bon usage des antibiotiques

Article 6

A la section 1 du chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique, l'article R. 6111-10 est ainsi modifié :

1° Au 1° du I, après les mots : « de bon usage des médicaments », sont ajoutés les mots : « notamment des antibiotiques » ;

2° Au 4° du I, après les mots : « et des médicaments, », sont ajoutés les mots : « notamment les antibiotiques. » ;

3° Après le II, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« III. — En vue d'assurer la mise en œuvre du programme mentionné au 1° du I et des préconisations mentionnées au 4° du I, le représentant légal de l'établissement de santé désigne, en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, un référent en antibiothérapie. Ce référent assiste la commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement dans la proposition des actions de bon usage des antibiotiques et l'élaboration des indicateurs de suivi de mise en œuvre de ces mesures ; il organise le conseil thérapeutique et diagnostique dans l'établissement. Une même personne peut assurer cette fonction au sein de plusieurs établissements de santé dans le cadre d'une action de coopération. »

Article 7

Les dispositions des articles R. 6144-3, R. 6144-3-1 et R. 6144-4 dans leur rédaction résultant de l'article 3 du présent décret entrent en vigueur dans un délai de six mois à compter de sa publication.

Article 8

La ministre des affaires sociales et de la santé est chargée de l'application du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 20 septembre 2013.

Jean-Marc Ayrault

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales
et de la santé,
Marisol Touraine

Annexe 3 : article 4 du décret du 19 avril 2002 portant statut du corps des DS

Le 6 octobre 2015

DECRET

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

NOR: MESH0220702D

Version consolidée au 6 octobre 2015

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 6143-7 et L. 6146-9 ;

Vu la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 modifiée portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, notamment son article 24 ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 65-773 du 9 septembre 1965 modifié relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, et notamment son article 16 ter ;

Vu le décret n° 97-58 du 21 janvier 1997 modifié relatif à l'application de l'article 24 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 modifiée portant diverses dispositions d'ordre économique et financier ;

Vu le décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 18 décembre 2001 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

TITRE Ier : DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Article 1

· Modifié par Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 - art. 1
Le corps de directeur des soins est classé dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière. Il comprend deux grades :

- 1° Le grade de directeur des soins de classe normale qui compte huit échelons ;
- 2° Le grade de directeur des soins hors classe qui compte huit échelons.

Article 2 (abrogé)

· Abrogé par Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 - art. 2

Article 2

· Modifié par Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 - art. 2
Les membres du corps exercent leurs fonctions dans les établissements mentionnés aux 1° à 3°, 5° et 7° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée et dans les autres établissements mentionnés au même article lorsque ceux-ci font l'objet d'une direction commune avec un établissement mentionné à ses 1° à 3°, 5° ou 7°.
Les directeurs des soins assurent des gardes de direction dans leur établissement d'affectation ainsi que, le cas échéant, dans d'autres établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée. Une convention, conclue entre ces établissements, fixe les modalités de mise en place de ces gardes de direction inter-établissements.

Article 3

· Modifié par Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 - art. 3
I. - Par décision du directeur d'établissement, les directeurs des soins peuvent être chargés :

- 1° De la coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou de la direction des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou de la direction de l'une ou plusieurs de ces activités ;
- 2° De la direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales, de la direction d'un institut de formation de cadres de santé ou de la coordination générale de plusieurs instituts de formation, dans les conditions fixées par voie réglementaire ;
- 3° D'assister ou suppléer le coordonnateur général des soins ou le coordonnateur général d'instituts de formation ;
- 4° D'une direction fonctionnelle ;

5° De missions ou d'études ou de la coordination d'études dans le champ sanitaire, social et médico-social.

II. - Les directeurs des soins peuvent, par voie de détachement ou de mise à disposition, exercer des fonctions de conseiller technique ou de conseiller pédagogique à l'échelon régional ou national, ou se voir confier des missions, études ou coordinations d'études dans le champ sanitaire, social et médico-social. La décision est prise par arrêté du directeur général du Centre national de gestion après avis, le cas échéant, du directeur d'établissement.

Lorsqu'une mission confiée par le directeur général du Centre national de gestion au directeur des soins excède une durée de six mois, la commission administrative paritaire nationale doit être informée, avant l'expiration de cette même durée, de la nature et des modalités de la mission.

Article 4

· Modifié par Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 - art. 4

I. - Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, exerce, sous l'autorité du directeur d'établissement, les fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction.

II. - Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, il est membre de droit du directoire. A ce titre, il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

III. - Sous l'autorité du directeur d'établissement :

1° Il organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement ;

2° Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement ;

3° Il 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 ;

4° Il participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins ;

5° Il contribue, dans son champ de compétence, à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement ;

6° 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 des qualifications ;

7° Il participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants ;

8° Il propose la définition d'une politique d'accueil et d'encadrement des étudiants et élèves en stage en collaboration avec les directeurs des instituts et écoles de formation, met en œuvre et évalue cette politique. Il est membre de droit des conseils techniques et pédagogiques des instituts de formation des professionnels de soins de l'établissement ;

9° Il formule des propositions auprès du directeur d'établissement sur les programmes de recherche en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

10° Il remet au directeur d'établissement un rapport annuel des activités de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, qui est intégré au rapport annuel d'activité de l'établissement présenté aux différentes instances.

Article 5

· Modifié par Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 - art. 5

Le directeur des soins, directeur d'institut de formation ou coordonnateur général d'instituts de formation, est agréé selon les modalités prévues aux articles R. 4383-4 et R. 4383-5 du code de la santé publique et exerce les responsabilités et missions définies par la réglementation relative au fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Sous l'autorité du directeur d'établissement, il est responsable :

1. De la conception du projet d'institut ;
2. De l'organisation de la formation initiale et continue dispensée dans l'institut ainsi que des sessions de préparation à l'entrée dans ces instituts ; il contribue, en lien avec l'agence régionale de santé et les universités, à la politique de formation définie par la région ;
3. De l'organisation de l'enseignement théorique et pratique ;
4. De l'animation et de l'encadrement de l'équipe de formateurs ;
5. Du contrôle des études et de la mise en œuvre des droits des étudiants ;
6. Du fonctionnement général de l'institut ;
7. De la recherche en soins et en pédagogie conduite par l'équipe enseignante de l'institut.

Le cas échéant, il peut, en outre, être chargé de la coordination de plusieurs instituts.

Il participe aux jurys constitués en vue de l'admission dans les instituts de formation préparant aux professions paramédicales ou les instituts de formation de cadres de santé

Annexe 4 : guide d'entretien destiné aux DS

Questionnaire destiné aux Directeurs des Soins

Contrat de communication :

Je suis actuellement élève directeur des soins en formation à l'EHESP. Je vous sollicite dans le cadre de mon mémoire professionnel dont la thématique est la collaboration PCME et CGS. Je vous garantis l'anonymat de nos échanges et vous remercie de m'accorder cette entrevue.

1. Pouvez-vous me donner un aperçu de votre parcours professionnel ?
Depuis combien de temps êtes-vous dans la fonction de directeur des soins ?
Quelle est votre ancienneté dans l'établissement ?
Avec combien de Présidents de la CME avez-vous travaillé ?
2. Percevez-vous une modification de la collaboration entre le PCME et le CGS au fil des réformes ?
3. Que pensez-vous de votre présence de droit au directoire ?
Est-ce un levier pour la collaboration avec le PCME ?
4. Comment qualifiez-vous votre collaboration actuelle avec le PCME ? Vous convient-elle ? Pourquoi ?
5. En tant que CGS, qu'attendez-vous du PCME ?
6. D'après-vous, quels sont les leviers pour une collaboration efficiente ?
7. A quelles occasions et sur quels sujets associez-vous le PCME ? Sur quels modes (rendez-vous formalisés, appels téléphoniques, rencontres informelles, instances...)?
8. A votre avis, quels seraient les indicateurs d'une collaboration efficiente ?

Annexe 5 : guide d'entretien destiné aux PCME

Questionnaire destiné aux Présidents de la CME

Contrat de communication :

Je suis actuellement élève directeur des soins en formation à l'EHESP. Je vous sollicite dans le cadre de mon mémoire professionnel dont la thématique est la collaboration PCME et CGS. Je vous garantis l'anonymat de nos échanges et vous remercie de m'accorder cette entrevue.

1. Pouvez-vous me donner un aperçu de votre parcours professionnel ?
Quelle est votre ancienneté dans l'établissement ?
Combien de mandats avez-vous effectué ?
Avec combien de CGS avez-vous travaillé ?
2. Connaissiez-vous les missions du CGS avant votre mandat de PCME ?
3. Percevez-vous une modification de la collaboration entre le PCME et le CGS au fil des réformes ?
4. Pensez-vous que le CGS a sa place au sein du directoire ?
Est-ce un levier pour la collaboration avec le CGS ?
5. Comment qualifiez-vous votre collaboration actuelle avec le CGS ? Vous convient-elle ? Pourquoi ?
6. En tant que PCME, qu'attendez-vous du CGS ?
7. D'après-vous, quels sont les leviers pour une collaboration efficiente ?
8. A quelles occasions et sur quels sujets associez-vous le CGS ? Sur quels modes (rendez-vous formalisés, appels téléphoniques, rencontres informelles, instances...)?
9. A votre avis, quels seraient les indicateurs d'une collaboration efficiente ?

CARLETTA

Karine

Décembre 2015

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2015

**Directeur des soins et Président de la commission médicale d'établissement : vers
une collaboration efficiente**

Résumé :

Le système hospitalier a subi des différentes réformes qui ont modifié le positionnement et la responsabilité des acteurs hospitaliers. L'organisation interne de nos établissements, ainsi que le contexte de notre système de santé à la veille de la nouvelle loi de la modernisation de celui-ci, interrogent sur nos modes de management.

Au cœur des établissements de santé, le corps médical et le corps paramédical sont indissociables et il se pose alors la question de comment travailler ensemble d'une manière efficiente. A leur tête, le président de la CME et le directeur des soins, président de la CSMIRT, semblent être le modèle pour une collaboration efficiente.

Si ce binôme semble être naturel, il n'en demeure pas moins qu'il doit se construire autour de valeurs communes, de projets institutionnels dans un système de santé de plus en plus contraint.

La recherche d'efficience des organisations médico-soignantes invitent alors le PCME et le directeur des soins à réfléchir sur leur mode de fonctionnement et l'articulation de leurs expertises professionnelles au service de la qualité et de la sécurité des prises en charge de la population, dans une logique de parcours sur un territoire.

Mots clés :

Collaboration, efficience, président de la CME, directeur des soins, réformes, management, performance, territoire.

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