



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

---

**Contribution du directeur des soins  
à la performance  
des établissements de santé**

**Le directeur des soins est-il un « passeur de frontières » ?**

---

**Marie Françoise DIVERCHY**

---

# Remerciements

---

Mes sincères remerciements à l'ensemble des professionnels de santé : directeurs d'hôpitaux, médecins, cadres de santé, équipes de soins et bien sûr les directeurs des soins, tuteurs de stage, pour leur confiance, leur disponibilité et pour la richesse de nos échanges.

Une mention particulière à l'ensemble des intervenants, en particulier à Monsieur Jacques Orvain pour ses précieux conseils, et aussi à mes collègues de promotion pour avoir su constituer un groupe capable de soutien et de production d'intelligence collective.

A ma fille, à mes proches et aux collègues de parcours professionnel devenus mes amis pour leur présence bienveillante.

« Ce qui compte ne peut pas toujours être compté et ce qui peut être compté ne compte pas forcément » Albert EINSTEIN

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	1
<b>1 L'environnement de la fonction de directeur des soins</b> .....	5
1.1 La gouvernance de l'hôpital dans sa dimension stratégique.....	5
1.1.1 Le cadre de la réflexion stratégique à l'hôpital.....	5
1.1.2 Les niveaux du processus décisionnel relatif à la santé .....	7
1.1.3 Les étapes de l'élaboration des décisions .....	9
1.1.4 Le directeur des soins à l'interface de plusieurs logiques .....	10
1.2 La performance des établissements et la performance des processus de soins	12
1.2.1 La performance dans les établissements de santé.....	12
1.2.2 Le management par les processus et les processus de soins .....	15
1.2.3 Les responsabilités et les ressources liées à la fonction de DS.....	17
<b>2 A la rencontre des acteurs et des pratiques de terrain</b> .....	21
2.1 Méthodologie de l'enquête .....	21
2.1.1 Objectifs de l'exploration du terrain .....	21
2.1.2 Population enquêtée .....	21
2.1.3 Choix des outils.....	22
2.1.4 Limites de l'enquête .....	22
2.2 Analyse des données .....	23
2.2.1 La présentation des établissements .....	23
2.2.2 Le positionnement des DS au sein de l'équipe de dirigeants.....	25
2.2.3 Le directeur des soins et le management des personnels paramédicaux ...	30
2.2.4 Le directeur des soins et la performance.....	34
<b>3 Repères d'action du DS pour une contribution à la performance</b> .....	39
3.1 Articulation du schéma d'action avec les partenaires de la gouvernance .....	39
3.1.1 Privilégier la co-construction des décisions .....	40
3.1.2 Pratiquer la subsidiarité.....	41
3.1.3 Tendre vers un projet patient médico-soignant.....	42
3.1.4 Promouvoir la démocratie sanitaire .....	42

3.2	Création de sens et mobilisation des ressources .....	44
3.2.1	Manager par projet pour faire émerger une « charte de référence » .....	44
3.2.2	Adopter le management situationnel.....	45
3.2.3	Organiser la participation des cadres aux décisions .....	46
3.2.4	Développer la culture de la négociation auprès des cadres de pôles.....	46
3.2.5	Contribuer à l'amélioration des pratiques de management .....	48
3.3	Gestion de la performance par le directeur des soins .....	49
3.3.1	Renforcer la culture de l'analyse des processus et du suivi d'indicateurs ...	49
3.3.2	Assurer une veille sur les indicateurs relatifs aux processus de soins .....	50
3.3.3	Traduire la politique de soins dans le rapport annuel d'activité .....	52
	Conclusion.....	55
	Sources et Bibliographie .....	57
	Liste des tableaux.....	61
	Liste des annexes.....	62
	Annexe n° I : Grille de traitement des données	
	Annexe n° II : Guides d'entretiens semi-directifs auprès des acteurs des établissements	
	Annexe n° III : Guide d'entretien complémentaire auprès des coordonnateurs des soins	
	Annexe n° IV : Guides d'observation des coordonnateurs des soins	
	Annexe n° V : La vision du manager hospitalier	
	Annexe n° VI : La carte des styles de management	
	Annexe n° VI bis : Outil de dialogue pour clarifier les champs d'autonomie	
	Annexe n° VII : Outil de dialogue pour le développement des compétences	
	Annexe n° VIII : Trame du rapport des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	

---

## Liste des sigles utilisés

---

- ANAP : Agence Nationale pour l'Amélioration de la Performance
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- CDS : Cadre de Santé
- CGS : Coordonnateur Général des Soins
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CME : Commission Médicale d'Etablissement
- COP : Comité Opérationnel des Pôles
- COPERMO : COmité interministériel de la PERformance et de la Modernisation de l'Offre de soins
- CREF : Contrat de Retour à l'Equilibre Financier
- CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
- CS : Conseil de Surveillance
- CSDS : Cadre supérieur de santé
- CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques
- CTE : Conseil Technique d'Etablissement
- DAF : Direction des Affaires Financières
- DG-ARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DMS : Durée Moyenne des Séjours
- DPC : Développement Professionnel Continu
- DRH : Directeur des Ressources Humaines
- DS : Directeur des soins
- EHESP : Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique
- EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
- EPS : Etablissement Public de Santé
- ETP : Equivalent Temps Plein
- FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée
- FPH : Fonction Publique Hospitalière
- GPMC : Gestion prévisionnelle des Métiers et des Compétences

- GRH : Gestion des Ressources Humaines
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
- INED : Institut National d'Etude Démographique
- LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
- MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
- ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
- PEC : Prise En Charge
- PGFP : Plan Global de Financement Pluriannuel
- PH : Praticien Hospitalier
- PNM : Personnel Non Médical
- PM : Personnel Médical
- PRE : Plan de Retour à l'Equilibre
- PRS : Projet Régional de Santé
- SIG : Solde Intermédiaire de Gestion (ou marge brute)
- SRIS : Schéma Régional en Investissement en Santé
- SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
- T2A : Tarification à l'activité des établissements de santé

Nota Bene : d'un point de vue purement formel, nous souhaitons préciser trois éléments :

- Le premier est que les propos recueillis lors des témoignages seront présentés entre guillemet et en italique alors que les extraits bibliographiques bien qu'également entre guillemets seront en police normale.
- Le second est que lors des présentations successives des établissements, le premier présenté sera toujours le Centre Hospitalier (CH) et le second le Centre Hospitalier Universitaire (CHU).
- Enfin, dans la seconde partie, l'analyse sera différenciée des données recueillies par un décalage de la marge de gauche.

## Introduction

« Les rapports d'évaluation de ces dernières années et les retours d'expérience démontrent que si des changements importants ont eu lieu en matière de pilotage médico-économique et de dialogue de gestion, dans les établissements de santé, des aménagements doivent encore être réalisés notamment en matière de management »<sup>1</sup>. Dans ce cadre, l'un des défis majeurs à relever pour le nouveau management public est celui de concilier l'investissement dans les modernisations nécessaires avec la raison d'être de l'action publique qui est de satisfaire un besoin d'intérêt général.

Le mouvement vers une démarche de management commune aux établissements de santé est relativement récent. Même si la loi du 19 janvier 1983, portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale, avait pour objectif de ralentir la forte croissance des dépenses hospitalières en les encadrant, c'est à partir des années 1990 que les outils de management se sont structurés et déployés. Dans un premier temps, pour répondre à la nécessité de décrire les activités pour les financer, les Départements d'Information Médicale (DIM) et le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)<sup>2</sup> ont été créés ainsi que les premières agences nationales d'accompagnement stratégique pour l'amélioration de la performance<sup>3</sup>. Conjointement, les modalités de financement de l'hôpital ont évolué pour davantage prendre en compte le service rendu. En effet, la réforme de 2002 dite « Hôpital 2007 »<sup>4</sup> a introduit la mise en place progressive d'une «tarification à l'activité» (T2A) qui détermine les ressources au regard de l'activité réalisée et aussi l'obligation d'anticipation au travers de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD). Cela a conduit les établissements à mettre en place le contrôle de gestion et développer la comptabilité analytique et les tableaux de bord. Enfin, pour l'aspect qualitatif, depuis 1996<sup>5</sup>, les différentes itérations de la certification visent à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité dans les établissements en évaluant les pratiques de management et les pratiques de prise en charge. L'ensemble de ces mesures s'inscrit dans la lignée du nouveau management public. Celui-ci se veut promoteur de davantage de responsabilisation de chacun des acteurs en organisant leur participation aux décisions et leur information. De

---

<sup>1</sup> HERBE Catherine, 2012, *Une gouvernance rénovée*, Gestions hospitalières n°521, p.612

<sup>2</sup> Depuis la loi du 31 juillet 1991, les établissements de santé, publics et privés, doivent procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité. L'arrêté du 20 septembre 1994 et la circulaire du 10 mai 1995 fixent l'obligation faite aux établissements de transmettre leurs données.

<sup>3</sup> Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (**ANAES**) ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. ANAES devenue Haute Autorité de Santé (**HAS**) le 13 Aout 2004. Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (**GMSIH**) création 2000. Mission nationale d'Appui à l'INvestissement Hospitalier (**MAINH**) arrêté du 27 mars 2003. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (**MeaH**) en mai 2003 dans le cadre du Plan Hôpital 2007 remplacée.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (**ANAP**) instituée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, fédère les expériences et les compétences du GMSIH, de la MAINH et de la MeaH.

<sup>4</sup> Plan « hôpital 2007 » *Présentation des mesures* - 20 novembre 2002

<sup>5</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

fait la gouvernance des établissements de santé, instaurée depuis 2005<sup>6</sup>, a pour ambition de redistribuer le leadership pour que les décisions soient prises au plus près des patients, facilitant ainsi leur appropriation par les professionnels de terrain.

Malgré cet ensemble de mesures, les comptes sociaux n'ont pas cessé de se dégrader, ce qui entraîne un contrôle accru de l'Assurance Maladie et une limitation de la progression de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) conjointement à l'accroissement de la demande et des besoins du fait des innovations thérapeutiques, de l'augmentation du nombre de malades chroniques et du vieillissement de la population. En effet, « bien que l'ONDAM soit en progression constante, cette progression est inférieure à l'évolution tendancielle des dépenses »<sup>7</sup>. La situation conduit à un resserrement du financement dévolu aux établissements de santé, accentué par la dynamique des plans nationaux d'investissement hospitalier<sup>8</sup>. Ainsi, la dette à moyen et long terme des établissements publics de santé a triplé en dix ans, avant de voir progressivement son rythme de croissance s'infléchir depuis 2010.<sup>9</sup>

Les établissements se trouvent donc dans une situation de contrainte budgétaire et pour 40% d'entre eux en déficit budgétaire<sup>10</sup>, la plupart du temps assorti d'un Plan de Retour à l'Equilibre (PRE) ou d'un Contrat de Retour à l'Equilibre (CREF) signé avec le directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de référence. Les équipes de direction, les instances et les bureaux de pôle doivent donc faire des choix stratégiques. Concrètement, ils assurent un suivi des besoins de la population, de l'activité réalisée, de la qualité des soins, de la pertinence des organisations, de la concurrence et de l'utilisation des ressources à partir de tableaux d'indicateurs et dans un objectif d'amélioration de leur performance. La performance intègre « la vision économique des gestionnaires, des payeurs et du régulateur qui se fonde d'abord sur l'efficacité d'une production optimale pour une quantité de ressources données »<sup>11</sup>. L'efficacité se mesure sous la forme d'un rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées.

Cette analyse continue conduit les décideurs à articuler en permanence des plans d'économies, des réorganisations des services et le développement de l'activité ambulatoire, tout en assurant le maintien de l'accès à des soins de qualité et sécurisés pour

---

<sup>6</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

<sup>7</sup> Rapport Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) 2012 : *L'hôpital*

<sup>8</sup> Cour des comptes, avril 2014, communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'assemblée nationale : *La dette des établissements publics de santé*

<sup>9</sup> Ibid

<sup>10</sup> Rapport cours des comptes, 2010 : *La sécurité sociale*

<sup>11</sup> Alain COULOMB, directeur ANAES, 2004, préface de *Repenser les processus à l'hôpital*, CLAVERANNE J.P et PASCAL C, Ed. Médica, page VIII



l'ensemble des citoyens de leur zone de responsabilité. Or, dans un secteur où les charges de personnel représentent 70% des budgets, la variable d'ajustement touche en premier lieu l'emploi et l'emploi à l'hôpital, c'est 80% de personnels sous la responsabilité de la direction des soins. Comme le souligne R. Ollivier, « Le défi principal reste le pilotage des richesses humaines, maillon essentiel de la chaîne de soins et de la qualité du service rendu au patient. »<sup>12</sup> Ainsi, le Directeur des Soins (DS) se trouve donc être un des acteurs clé de l'accompagnement des mesures de réorganisation et de rationalisation des dépenses.

Ce mémoire professionnel devient une opportunité pour réfléchir à notre positionnement futur en travaillant sur nos représentations de l'action du DS dans sa dimension stratégique. C'est également une opportunité pour réinvestir les contenus et expériences de cette année de formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). En résumé, notre ambition est de donner du sens à la rédaction, de contribuer à la construction de notre identité professionnelle et de nous préparer à la prise de fonction.

A priori, nous identifions plusieurs risques. Le premier est que le Directeur des Soins mette de côté la plus-value de son "expertise en organisation des soins" et sa responsabilité dans la qualité et la sécurité des soins dans l'utilisation exclusive des outils de gestion produits par la Direction des Affaires Financières (DAF), la Direction des Ressources Humaines (DRH) ou le DIM. Le second est qu'il n'accorde pas suffisamment d'attention à sa stratégie managériale auprès des cadres de santé pour porter le projet de soins. Nous voyons ici apparaître l'interface entre le soin et la politique d'établissement avec un DS en recherche d'équilibre. Le troisième est de garder une posture de cadre de santé qui n'apporte pas de valeur ajoutée à la stratégie et à la performance de l'établissement.

Ce qui nous amène à initier notre réflexion à partir de deux questions :

- Quel positionnement stratégique du DS dans la gouvernance d'un établissement de santé ?
- Quel mode de management pour contribuer à l'amélioration de la performance des processus de soins ?

Dans un premier temps, nous décrivons l'environnement d'exercice du directeur des soins à l'hôpital en abordant la dimension stratégique de la gouvernance et la performance. Nous développerons le cadre de l'action stratégique et le processus décisionnel, puis la performance dans les établissements de santé, à partir de la réglementation, d'ouvrages, de nombreux éléments issus des interventions de l'année de formation et quelques fois mis en lien avec notre expérience. Les éléments de cette première partie ont mis en lumière une question relative au rôle du DS qui, du fait de ses responsabilités, est à l'interface de

---

<sup>12</sup> Directeur de l'Institut du Management de l'EHESP, 2013, préface de *L'innovation managériale à l'hôpital*, sous la direction de NOBRE T, Ed Dunod, p.VII

plusieurs logiques et de plusieurs visions de la performance. Il est donc amené à relier les réseaux internes et externes en créant des ponts entre des groupes, entre des acteurs et entre le politique et l'opérationnel. Cela nous a permis de formuler une question centrale qui a guidé l'analyse de l'exploration de terrain.

### **Le Directeur des soins serait-il un « passeur de frontières » ?**

« Les passeurs de frontières sont de véritables constructeurs de coopérations lors de projets mêlant différents groupes sociaux (Levina et Vaast, 2005). »<sup>13</sup> Nous retiendrons la seconde définition de Latour (2004) qui les considère comme des traducteurs « dont l'action conduit à une transformation conjointe non seulement des entités en circulation, mais également des frontières et des territoires »<sup>14</sup>. Routelous (2014) précise que « le passage des frontières peut être réalisé par une personne et (est) facilité par des outils »<sup>15</sup>.

A partir de ces éléments, nous interrogerons le positionnement du DS avec trois sous questions :

- Qu'en est-il du positionnement du DS au sein de l'équipe de dirigeants ?
- En quoi le mode management du DS contribue-t-il à réduire les frontières ?
- Qu'en est-il des outils de dialogue du DS autour de la performance ?

La seconde partie est consacrée à l'analyse des données recueillies à l'occasion d'entretiens auprès des acteurs et par des observations dans les deux établissements où nous avons réalisé nos stages. Il s'agit d'un Centre Hospitalier (CH) de recours d'un territoire et d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Les deux établissements ont été choisis parce qu'ils étaient soumis à un financement par la T2A et à un CREF et parce que les deux Directeurs des soins (DS) Coordonnateurs Généraux des Soins (CGS) avaient une expérience suffisamment longue pour parler avec distance de la mise en œuvre de la gouvernance des pôles, de leur positionnement stratégique, de leur mode de management et de leur implication dans la performance.

Fort de ce retour d'expérience et des différentes recherches, nous consacrerons la troisième partie à la formulation de repères d'actions destinés à anticiper la prise de poste de janvier 2016.

---

<sup>13</sup> Christelle ROUTELOUS, Liette LAPOINTE, Isabelle VEDET, juillet 2014, *Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de collaboration pluridisciplinaire en médecine*, Journal de gestion et d'économie médicales Vol 32, p. 486

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> Ibid. p. 485

# 1 L'environnement de la fonction de directeur des soins

Le pilotage des établissements de santé est en évolution à plusieurs niveaux. L'attribution des ressources financières ne se fait plus sous forme de dotation globale mais d'une allocation au regard des activités réalisées<sup>16</sup>. La logique de suivi administratif et de contrôle a fait place à une logique managériale anticipative avec une contractualisation et des objectifs chiffrés à tous les niveaux de gouvernance<sup>17</sup>.

Nous tenterons dans ce chapitre d'éclairer la problématique par des études et des références théoriques et réglementaires. Ainsi, nous aborderons la gouvernance de l'hôpital et sa dimension stratégique, puis ce que recouvre la performance des établissements et des processus de soins toujours dans la perspective de dégager des principes d'action propices à la contribution du directeur des soins à la performance.

## 1.1 La gouvernance de l'hôpital dans sa dimension stratégique

La gouvernance établit le cadre de l'action des acteurs (dont les instances) c'est-à-dire leurs responsabilités, leurs marges d'autonomie ainsi que leurs modalités de contrôle. Ainsi des décisions se prennent à tous les niveaux depuis le niveau politique jusqu'aux centres opérationnels que représentent les services de soins. L'ensemble des acteurs impliqués évolue au sein du cadre de l'action stratégique, des différents niveaux du processus décisionnel et des étapes de la construction des décisions. Pour sa part, le directeur des soins doit intégrer plusieurs logiques.

### 1.1.1 Le cadre de la réflexion stratégique à l'hôpital

La stratégie est « la conception de la mise en œuvre d'un ensemble d'actions ordonnées en vue d'atteindre un résultat ultime »<sup>18</sup>. Elle a pour objectifs la réponse aux attentes des parties prenantes et l'obtention d'un avantage concurrentiel. Elle consiste en une allocation de ressources qui engage l'organisation dans le long terme en configurant son périmètre d'activité. Concrètement les établissements, à partir de leurs missions, posent un diagnostic et définissent leurs activités, leur organisation et les ressources à mobiliser. Nous allons maintenant aborder les principaux facteurs d'influence de la stratégie générale de l'hôpital.

**Le premier facteur à étudier est la planification régionale de la politique de santé** avec laquelle le projet d'établissement devra être cohérent. L'ARS élabore un Projet Régional de

---

<sup>16</sup> Dans les établissements exerçant des activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO)

<sup>17</sup> Jacques ORVAIN, cours EHESP DS 2015, *Management des Organisations de Santé*

<sup>18</sup> Michel LOUAZEL, cours EHESP DS 201, *Stratégie et hôpital*

Santé (PRS) inscrit dans la politique nationale mais spécifique aux caractéristiques des besoins de la population de la région, des équipements existants, des ressources humaines et des caractéristiques géographiques. Ce projet se décline en un plan stratégique régional de santé puis en schémas régionaux et enfin en programmes d'application des schémas. L'ensemble de ces productions s'appuie sur des études quantifiées à la fois sous forme d'état des lieux et de prospective. De son côté, l'établissement réalise un diagnostic médico-économique qui sert de base au projet d'établissement. L'articulation entre le projet régional et le projet d'établissement ainsi que sa déclinaison opérationnelle se concrétisent dans un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé par le directeur de l'établissement et le directeur de l'ARS (DG-ARS).

**Le second facteur concerne la situation financière de l'établissement.** Le financement de chaque établissement est corrélé à son activité mais dans une enveloppe nationale globale fermée : l'ONDAM, votée annuellement en décembre dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). Pour répondre aux limites budgétaires et au cadrage des autorisations, le budget est établi par anticipation, de façon pluriannuelle au sein du Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP), puis décliné annuellement dans l'EPRD. Un élément important d'évaluation de la santé financière d'un établissement est sa Capacité d'Autofinancement (CAF) potentiellement générée par le compte d'exploitation<sup>19</sup>. Elle est complétée par la marge brute (SIG)<sup>20</sup> qui mesure l'ensemble des ressources dégagées par l'exploitation. Ces éléments traduisent la capacité d'un établissement à mener à bien les investissements nécessaires à la pérennité de son activité.

**Le troisième facteur à prendre en compte est relatif à la recomposition de l'offre de soins** qui se manifeste sous plusieurs formes. Il y a un mouvement de concentration des activités qui se manifeste à la fois par une diminution du nombre d'établissements et une diminution du nombre de lits<sup>21</sup>. La spécialisation des établissements évolue avec, par exemple, davantage de médecine dans le public et davantage de soins ambulatoires dans le privé<sup>22</sup>. Dernier point, la loi dite HPST<sup>23</sup>, a favorisé les coopérations entre établissements, en donnant lieu à l'organisation coordonnée de filières de soins, à la mutualisation

---

<sup>19</sup> Claude-Anne DOUSSOT-LAYNAUD, cours EHESP DS 2015, *Gestion budgétaire et financière des établissements de santé*

<sup>20</sup> Indicateur de la soutenabilité des investissements de l'établissement. Seuil de limite 6% (si COPERMO 8%)

<sup>21</sup> DRESS 2013 : diminution de 18% du nombre des établissements en 5 ans et de 54 000 lits d'hospitalisation en huit ans alors que les capacités d'hospitalisation à temps partiel se sont développées

<sup>22</sup> DRESS 2013 : En 2011, les deux tiers des séjours médicaux sont réalisés par le secteur public, les cliniques privées réalisent plus de la moitié de l'activité chirurgicale dont les 2/3 en ambulatoire. Les EPS réalisent de façon prédominante les activités chirurgicales les plus complexes. Les établissements privés à but non lucratif concentrent, leur activité sur la chirurgie du cancer. Forte prédominance des EPS en obstétrique

<sup>23</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

d'activités support (ex : stérilisation, co-utilisation de blocs opératoires) et au partage de compétences médicales (comme entre les deux établissements étudiés).

**A ces trois facteurs, s'ajoutent une problématique de démographie des professionnels de santé** plus ou moins critique (davantage observée pour les médecins dans le CH) selon les territoires et une nécessité d'investissement dans les nouvelles technologies pour améliorer la qualité et la sécurité des soins mais aussi l'attractivité.

**Pour finir, l'usager lui-même influence de plus en plus la stratégie de l'hôpital** qui doit se montrer vigilant quant à sa notoriété et à l'adaptation de son offre. En effet, la transition démographique et épidémiologique<sup>24</sup> conduit à repenser les organisations et les moyens matériels et humains. Ensuite, l'usager « client » choisit son établissement en fonction de la qualité des soins<sup>25</sup>, des conditions d'accueil et d'hébergement et en fonction de l'offre. Enfin, l'usager, soutenu par des associations, est vigilant au respect de ses droits, tant pour ce qui concerne son information que pour sa représentativité au sein des instances.

C'est en prenant en compte toutes ces dimensions que les dirigeants définissent la politique générale et la stratégie de l'établissement. En effet, ils cherchent l'équilibre entre les différents pouvoirs qui cohabitent à l'hôpital, c'est à dire ceux des élus locaux, de l'Etat, du directeur et des médecins sans oublier les personnels et les usagers. Le DS étant impliqué, de par sa fonction, à chacun des niveaux doit s'appropriier toutes ces dimensions. De plus, nous pouvons considérer que l'actualité est favorable aux jeux de pouvoirs puisque selon R. Miles<sup>26</sup>, les situations qui les favorisent sont : la rareté des ressources, le manque de clarté des objectifs à long terme, l'instabilité de l'environnement et l'imminence de changements. Il est donc d'autant plus important, pour s'adapter aux ressources disponibles, de favoriser un management durable, en clarifiant à quel niveau se situe la stratégie dans le processus décisionnel.

### **1.1.2 Les niveaux du processus décisionnel relatif à la santé**

**La politique générale est le premier des quatre niveaux du processus décisionnel.**

Les objectifs prioritaires des dernières lois de santé sont de mettre aux normes les bâtiments, d'informatiser les systèmes hospitaliers, d'améliorer les conditions d'accueil et de travail, de renforcer les complémentarités entre établissements et de maîtriser les

---

<sup>24</sup> <https://www.ined.fr/>, consulté le 9/08/ 2015, baisse de la mortalité, transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et des accidents

<sup>25</sup> Pia HEMERY, Hospimedia 13/08/2015 : Après la mise en place successive par la HAS des logiciels I-satis puis e-satis destinés à recueillir la satisfaction des patients hospitalisés en MCO moins de 48h. En juillet 2015, un entrepreneur lance un site d'avis sur les hôpitaux, celui-ci collecte les avis de tous les patients occasionnels (simple consultation) ou chroniques et les avis sont disponibles en temps réel

<sup>26</sup> Maître de conférences en sociologie, University of Glasgow

coûts<sup>27</sup>. Ces cinq points définissent la politique générale, déclinée au niveau des ARS dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins, et s'envisage généralement à cinq ans.

**La stratégie, second niveau du processus décisionnel**, relève au niveau de l'établissement, de la responsabilité de l'équipe de direction, du directoire et du Conseil de Surveillance (CS). La stratégie s'intéresse à la vision d'ensemble et à la politique de progrès dans les trois à cinq ans. Elle répond aux questions suivantes : où sommes-nous, où voulons nous aller (le pouvons-nous) et comment y aller. La réponse à ces questions est déclinée dans les différents volets du projet d'établissement qu'il soit médical, social ou de soins. Les réunions de direction, le directoire et le CS ont une fonction d'interface entre la politique générale et sa déclinaison dans les établissements. Ainsi, le projet d'établissement décrit les orientations, les priorités, les activités, les populations bénéficiaires. Le directeur définit ensuite l'organisation générale, les moyens alloués à chaque pôle et les modalités d'évaluation<sup>28</sup>. Le CS se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion. La stratégie concerne donc toute l'institution, mais le niveau de détail est très faible. Elle ne dit pas comment cela va être réalisé.

**C'est le troisième niveau du processus décisionnel, le niveau tactique, qui décline la stratégie** en plans d'actions, en rétro-plannings et en tableaux de bord de suivi avec une perspective à douze mois ou moins selon les enjeux, c'est-à-dire la criticité de l'écart entre la situation initiale et la situation visée. Le niveau tactique répond aux questions suivantes : comment, quand et avec qui. Les acteurs principaux sont les directeurs adjoints et les responsables de pôle : chef de pôle médical, cadre de pôle et cadre administratif de pôle. L'interface entre le stratégique et le tactique est assurée par les bureaux de pôle, les réunions entre la direction et les pôles ou avec l'ensemble de l'encadrement et incluent parfois des experts internes du domaine. Le niveau de détail augmente en précisant les acteurs, les ressources, les tâches, les étapes et les échéances.

**Enfin, le dernier niveau du processus, le niveau opérationnel reprend le plan d'action**, à savoir les actions spécifiques pour les mettre en œuvre au regard d'objectifs mesurables. Il ne répond pas réellement à des questions mais il produit des propositions d'organisation, des protocoles et des procédures assortis de questions. Les productions sont ensuite soumises au niveau tactique et parfois stratégique. L'interface avec le niveau tactique est assurée par les réunions d'équipe qui assurent également l'interface avec les trois premiers niveaux. En effet, d'une part ces réunions sont l'occasion pour l'ensemble des agents de contribuer au niveau tactique et stratégique par les remontées d'informations relatives à leur expertise de la connaissance des besoins des patients et des évolutions cliniques ou

---

<sup>27</sup> Communiqué du Ministre de la Santé Xavier BERTRAND le 13/02/07 à l'Institut Pasteur

<sup>28</sup> Ministère de la santé et des sports, ANAP et CNEH, *La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre*

technologiques. D'autre part, elles donnent l'occasion aux managers de communiquer pour que les agents traduisent la stratégie au niveau des services. Il est en effet, essentiel d'organiser une information complète, pour que ces derniers s'approprient les objectifs et les transforment en des actions concrètes et cohérentes avec les intentions des projets.

Comme nous venons de le voir, le processus décisionnel se déroule depuis le ministère de la santé jusqu'aux services et crée du lien entre les politiques, les décisions et les actions. En fait, même si la stratégie relève en priorité de la direction, l'ensemble des agents peut y contribuer. Nous sommes donc dans une logique de communication à la fois ascendante et descendante où le DS peut constituer un vecteur entre les différents niveaux. Pour revenir à la finalité du processus décisionnel, c'est-à-dire la mise en œuvre d'actions au service d'une stratégie et d'un projet pour les usagers, nous allons aborder les étapes théoriques de construction des décisions.

### **1.1.3 Les étapes de l'élaboration des décisions**

La réflexion qui conduit à la décision peut se décomposer en cinq étapes même si dans la réalité elles se chevauchent. Ces étapes sont : l'identification de la situation, la détermination des alternatives, la prise de décision, l'annonce de la décision aux acteurs impliqués et la mise en œuvre des actions suivies de leur évaluation.

**L'étape d'identification de la situation** est sans doute la plus importante dans la dimension stratégique d'une décision. Il s'agit d'identifier la légitimité, les enjeux, les objectifs, les impacts potentiels, les délais, les acteurs et ainsi de s'assurer de l'équilibre entre les bénéfices et les risques avant de s'engager. « Ce travail de décodage et de construction de sens, qui se présente de prime abord sous des formes confuses ne doit pas décourager les équipes<sup>29</sup> ». En effet, pour éviter le risque de la « décision absurde »<sup>30</sup>, il y a lieu de prendre le temps de clarifier les buts et de les garder à l'esprit.

**Dans les étapes qui suivent, la détermination des alternatives, la prise de décision et l'annonce de la décision aux acteurs impliqués**, il y a également des dimensions stratégiques. Il faut en effet étudier toutes les conséquences des alternatives et leur faisabilité dans le contexte actuel et futur. Il faut être conscient que la décision a une rationalité relative<sup>31</sup> pour éventuellement assumer des conséquences « non prévisibles ». En outre, la communication devra respecter un ordre et des modalités correspondant à la fois à la culture institutionnelle et à la réglementation (cadre de la gouvernance).

---

<sup>29</sup> Benoît JOURNE, Nathalie RAULET-CROSET, 2012, *La décision comme activité managériale située*, Revue Française de gestion, p.112

<sup>30</sup> Christian MOREL, 2002, *Les décisions absurdes*, Ed Gallimard, p.259

<sup>31</sup> Oliver GERMAIN, Jean Louis LACOLLEY, 2012, *La décision existe-elle ?* Revue Française de gestion, p.49

**Enfin, la dernière étape, le suivi de la mise en œuvre d'un projet**, doit être organisée pour réguler<sup>32</sup> le projet en limitant les erreurs telles que J. Reason<sup>33</sup> les définit, c'est-à-dire « la faillite d'actions programmées pour atteindre les buts souhaités, en dehors de toute intervention d'évènements imprévus ».

Tout au long de la construction de la décision, les établissements sont soumis à des contraintes mais celles-ci ne doivent pas leur faire perdre de vue que « les décisions d'organisation sont bien des décisions de santé. Elles ont un impact évident, même s'il est indirect, sur la prise en charge »<sup>34</sup>. Ainsi, tout en gardant à l'esprit le fait qu'ils disposent d'une information imparfaite et de ressources limitées, les managers s'appuient sur des outils de dialogue et d'analyse pour préparer leurs décisions et en évaluer l'impact. Avant d'aborder ces outils, que sont l'analyse des processus et le suivi de tableaux de bord, nous ferons un premier point sur les particularités de la position du directeur des soins à l'interface de plusieurs logiques.

#### **1.1.4 Le directeur des soins à l'interface de plusieurs logiques**

« La décision reste au cœur de l'activité managériale, et elle est de fait constitutive de l'identité du manager, ce dernier étant considéré dans les organisations comme porteur par ses décisions d'une responsabilité d'atteinte d'une performance »<sup>35</sup>. Le directeur des soins, à l'interface des soins et de la stratégie d'établissement, reconnu comme « expert des processus de soins », doit également avoir une bonne compréhension des enjeux. Son rôle est complexe. D'une part, il contribue à tous les niveaux du processus décisionnel et à toutes les étapes de la décision, et d'autre part, il accompagne les changements induits en cohérence avec les valeurs du projet de soins jusqu'au cœur de chaque unité de soins.

**Ainsi, le directeur des soins gère souvent des injonctions paradoxales**, entre les intérêts de l'institution (et du service public) et les intérêts ou aspirations individuels. A l'interface de l'équipe de direction et des services, même s'il intègre à sa réflexion les arguments en référence aux contraintes budgétaires, il ne peut appliquer les conclusions sans risquer de rompre une dynamique de collaboration constructive avec l'encadrement. « D'où la nécessité d'avoir une bonne connaissance de l'ensemble des éléments, de les mobiliser, de les relier de façon pertinente »<sup>36</sup>. Ainsi, il cherche dans ses actions un équilibre entre les différentes contingences. Il y a d'une part sa connaissance de l'organisation, de

---

<sup>32</sup> Dans le sens systémique du terme : boucles de rétroaction positives et négatives

<sup>33</sup> James REASON, Expert en réduction des risques en milieu hospitalier, cité par MOREL C, opus cité

<sup>34</sup> Didier TABUTEAU, 2008, *La décision en santé*, Revue Française de Santé Publique, p.301

<sup>35</sup> Benoit JOURNE, Nathalie RAULET-CROSET, 2012, *La décision comme activité managériale située*, Revue Française de gestion, p.112

<sup>36</sup> Ljiljana JOVIC, Martine BARBIER, Bruno LEGOURD, 2002, *L'infirmière générale et la prise de décision*, Gestions hospitalières n°419, p.612



son fonctionnement et des personnes qui la composent et il y a d'autre part, sa connaissance des contraintes institutionnelles, un management qui se veut participatif et une appartenance à l'équipe de direction. Enfin, au centre, il y a la décision qui est vécue par tous les acteurs comme un message devant respecter les règles, afficher une certaine politique et aussi conforter sa place de responsable reconnu de tous.

**Le pouvoir du DS se négocie donc sans cesse dans la relation avec les autres.** Le pouvoir n'est pas un attribut c'est une relation qui permet d'avoir suffisamment de légitimité et d'influence pour que le projet se réalise dans un contexte donné. N Aubert<sup>37</sup> définit le pouvoir en le rapprochant de termes voisins que sont l'autorité, l'influence et la puissance. Le premier, l'autorité, désigne le pouvoir exercé en vertu d'une fonction, d'un rôle formel dans l'institution. Il peut également faire référence à une qualité individuelle qui fait dire d'une personne qu'elle a de l'autorité. Le second, l'influence, désigne l'effet sur autrui de notre attitude, de nos actions ou de nos arguments. Et le dernier, la puissance, désigne le fait « d'être capable », « d'avoir la force ». Le directeur des soins doit développer son pouvoir dans ces trois sens : normatif, pratique et symbolique. Il est décisionnaire de par sa fonction de responsable du projet de soins et des personnels paramédicaux. Il est partie prenante dans les prises de décisions de l'institution de par sa position au sein de l'équipe de direction et du directoire. Il est le garant de la mise en œuvre du projet de soins et, à ce titre, il doit savoir communiquer sa confiance pour obtenir l'adhésion des personnels. Les éléments de sa fiche métier résument l'ensemble : « Famille : management, gestion et aide à la décision ; Sous-famille : Management stratégique ; Définition : Définir et piloter la mise en œuvre de la politique des soins dans le cadre de la stratégie de l'établissement »<sup>38</sup>.

**Dans sa position d'interface, le DS côtoie plusieurs logiques de pensées et d'action** qu'il doit maîtriser pour renforcer sa plus-value dans son rôle de médiation et ainsi asseoir sa légitimité. D'une part il y a la logique des professionnels de santé qui résonnent en termes de filière ou de réseau<sup>39</sup>. Les réseaux s'inscrivent dans l'un des axes prioritaires de la réforme hospitalière : l'ouverture de l'hôpital sur la ville. Au sein des réseaux, la cohérence s'établit autour de la personne soignée et non plus autour de l'organe, de la maladie ou de l'outil. La finalité est de faire converger un objectif d'amélioration du parcours pour le patient et un objectif d'efficience en augmentant la pertinence des actes<sup>40</sup>. D'autre part, il y a la logique de l'utilisateur qui recherche, dans son parcours, l'accès facile aux

---

<sup>37</sup> Nicole AUBERT, 1992, chapitre 8, Collectif. *Management : Aspects humains et organisationnels*. Ed PUF Fondamental, pp.327-366

<sup>38</sup> <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/> consulté le 6 août 2015. Fiche métier en cours "Directeur(trice) des soins (DS) en établissement"

<sup>39</sup> Une filière de soins est la trajectoire de soins empruntée par le patient et un réseau de soins est une offre multidisciplinaire coordonnée et organisée des soins. Cf : article L 712-3-2 du code de Santé Publique (CSP)

<sup>40</sup> Marc DURIEZ, Pierre LARCHER, Juan Manuel VINAS, Haut Conseil de Santé Publique, 2008, *Réseaux de santé et filières de soins Le patient au centre des préoccupations*

meilleurs soins et avec le moins d'incidence possibles sur sa vie quotidienne, que les soins aient lieu à domicile ou à l'hôpital. Il est sensible au respect de ses droits, de sa dignité, de son intimité et il aspire à contribuer activement à l'élaboration et la mise en œuvre de son projet de soins. Enfin il a la logique de pensée des dirigeants qui ont la responsabilité de gérer un établissement au regard de ses missions et de ses ressources pour en assurer la pérennité. Les directions parlent d'efficience et de performance qu'ils diagnostiquent à partir de tableaux de bord.

Le directeur des soins est un des acteurs qui peut faciliter les relations et la convergence d'analyse entre les professionnels, les usagers et les gestionnaires institutionnels. Mais si, de par son expérience, il est familier des logiques des soignants et des usagers, il se doit aussi d'approfondir sa compréhension des modèles des dirigeants notamment en référence à la recherche de performance<sup>41</sup>.

## **1.2 La performance des établissements et la performance des processus de soins**

La logique médico-économique qui prévaut désormais dans les établissements a incité les acteurs à développer leurs compétences pour améliorer la performance. Pour cela ils sont accompagnés par des dispositifs d'aide (ANAP<sup>42</sup>), de suivi (ARS : CPOM, CREF, SRIS<sup>43</sup>), d'évaluation de la qualité (HAS : Certification) et d'évaluation de la soutenabilité financière (COPERMO<sup>44</sup>). L'adaptation des organisations répond également à l'évolution des besoins des usagers. En fait, nous sommes passés d'une logique de moyens à une logique de résultats en introduisant des processus de contrôle de gestion (comptabilité analytique), des outils de recueil d'information (DIM, logiciel RH), des outils de reporting (les tableaux de bord, indicateurs) et des outils d'évaluation (audits, certification). L'ensemble est soutenu par le développement des systèmes d'information.

Nous proposons de développer les notions de performance, de processus et leurs outils d'analyse afin de situer les responsabilités du DS dans le dispositif de pilotage.

### **1.2.1 La performance dans les établissements de santé**

**Ce n'est pas parce que la performance est au cœur des discours des managers et des politiques qu'elle recouvre le même sens pour tous.** Le mot vient du verbe « parformer » qui en ancien français signifie : accomplir, exécuter. Aujourd'hui, il fait

---

<sup>41</sup> D'après le DG du CHU : « *le CGS doit développer sa connaissance des processus de production* »

<sup>42</sup> Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé, et médico-sociaux

<sup>43</sup> Schéma Régional en Investissement en Santé

<sup>44</sup> Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers

référence à des modèles, et les indicateurs suivis seront différents selon le modèle retenu par chaque établissement. Il existe un premier modèle dit « des objectifs rationnels », qui fait référence à la capacité à améliorer l'efficacité, c'est-à-dire la production à moindre coût. Un second modèle, dit « des ressources », qui fait référence à la capacité d'obtenir les ressources requises. Le troisième modèle, dit « des relations humaines », fait référence à la satisfaction des acteurs du système en termes de valeurs morales, de cohésion sociale et de développement humain. Enfin le dernier, dit « des processus internes », fait référence à la formalisation des processus internes et au respect des normes établies<sup>45</sup>.

**Le but de la performance est de garantir un développement durable et responsable** en intégrant des critères de qualité et de pertinence des soins sur le long terme. Il est important pour une organisation de pouvoir la mesurer au niveau individuel (un usager, un salarié), au niveau collectif (un groupe homogène de malades, une équipe), au niveau de l'organisation (un hôpital, un territoire). Pour être étudiée, la performance se décline en deux grandes notions : l'efficacité et l'efficacité.

L'efficacité est le degré de réalisation des objectifs. Une activité est efficace si les résultats obtenus sont identiques aux objectifs définis. Pour évaluer l'efficacité, il faut s'assurer que l'organisation est en adéquation avec son environnement, c'est-à-dire avec les perceptions des divers acteurs impliqués. L'efficacité se mesure sous la forme d'un rapport entre les résultats obtenus et les objectifs fixés. On pourra parler d'organisation efficace si elle satisfait à la fois les tutelles, les usagers et les personnels dans le cadre d'objectifs partagés.

L'efficacité est le rapport entre les ressources employées et les résultats atteints, c'est-à-dire l'optimisation des outils mis en œuvre pour parvenir à un résultat. Ce calcul permet de s'assurer de l'utilisation optimale des ressources. Un groupe est donc efficace s'il respecte l'enveloppe des moyens attribués ou s'il obtient un meilleur résultat que celui fixé avec des moyens similaires.

**La performance s'évalue à partir d'indicateurs.** Ces indicateurs sont regroupés par thématique dans des tableaux de bord. « Le tableau de bord est un ensemble d'indicateurs et d'informations essentiels permettant d'avoir une vue d'ensemble, de déceler des perturbations et de prendre des décisions d'orientation de la gestion pour atteindre les objectifs issus de la stratégie »<sup>46</sup>. Les tableaux de bord de suivi sont différents à chaque niveau du processus décisionnel. L'équipe de direction et le directoire suivent un tableau de bord davantage stratégique, et les responsables de pôle ainsi que chacune des

---

<sup>45</sup> Alice TEIL, 2002, cité par Thierry BUISSON, 2008, *Le tableau de bord : instrument de pilotage pour le directeur des soins*, Mémoire ENSP, p.9-10

<sup>46</sup> Norbert GUEDJ, 2002, cité par BUISSON, 2008, p.12

directions des tableaux de bord davantage tactiques et opérationnels. Les indicateurs suivis sont négociés entre toutes les parties prenantes.

Dans le domaine de la santé, Donabédian (1980) propose de classer les indicateurs pour mieux les distinguer :

- Les indicateurs de structure qui représentent les moyens humains, les équipements et les ressources financières nécessaires à la prise en charge des patients (ex : équivalent temps plein de personnel par activité) ;
- Les indicateurs de processus qui renseignent principalement sur les pratiques professionnelles appliquées au cours de la prise en charge du patient ainsi que sur les modalités de fonctionnement et de coordination des secteurs d'activité concernés (ex : délai d'obtention d'un rendez-vous) ;
- Les indicateurs de résultats intermédiaires qui mesurent l'activité et la qualité des différentes étapes du processus de soins (nombre de séjours, durée moyenne de séjour, nombre de taux de césariennes, taux de vaccination) ;
- Les indicateurs de résultats finaux en termes de santé qui traduisent un changement de l'état de santé des patients (taux de mortalité) ;
- Les indicateurs de satisfaction des patients.

Ces éléments objectivés sont le support du dialogue entre l'ensemble des acteurs impliqués dans les décisions institutionnelles dont font partie les représentants des collectivités locales, des organisations syndicales et des usagers et il n'est pas rare que les débats s'engagent sur la façon de recueillir ou d'analyser les données<sup>47</sup>.

En plus de l'analyse interne des données, il existe au niveau national un outil, Hospidiag, créé par l'ANAP, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). C'est un outil d'aide à la décision qui permet de mesurer la performance d'un établissement de santé MCO, en se comparant avec d'autres établissements à partir de soixante-cinq indicateurs et sur cinq champs : activité, qualité, organisation, Ressources Humaines (RH) et finances. En sus, les CHU ont la possibilité d'adresser leurs données en ressources humaines au CHU de Reims qui a développé un outil de benchmark<sup>48</sup>.

Enfin, la Haute Autorité de Santé (HAS), développe et diffuse dans le manuel de certification des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Certains font l'objet d'un recueil biennal et d'un affichage obligatoire, les Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS), et d'autres font l'objet d'une évaluation externe tous les quatre ans, selon des modalités évolutives au fil des itérations de la procédure de

---

<sup>47</sup> Observations : un président de CME a demandé que l'indicateur d'évolution du nombre de praticiens soit revu pour différencier les créations de poste, des postes qui n'étaient pas pourvus le trimestre précédent

<sup>48</sup> Ou Parangonnage en français

certification. La HAS cherche le bon équilibre entre, d'une part, un engagement interne et continu et une autogestion, et d'autre part, une évaluation externe par des experts missionnés<sup>49</sup>. Ainsi, les supports évoluent pour évaluer un profil de risque propre à chaque établissement décliné dans le compte qualité et pour évaluer directement tous les processus de prise en charge des personnes hospitalisées par la méthode du « patient traceur ».

### **1.2.2 Le management par les processus et les processus de soins<sup>50</sup>**

La déclinaison des objectifs de performance d'un établissement passe par l'analyse des processus clés, qu'ils soient supports ou de soins. Le but est de formaliser un diagnostic de l'ensemble de l'organisation et ce, jusqu'aux fonctions de chacun.

**Le management par les processus devient progressivement une méthode partagée par les établissements de santé.** Le terme processus est très souvent utilisé pour parler des organisations. Il prend son origine dans le latin "pro cedere : marcher en avant" et conserve l'idée de mouvement dans sa définition : « un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforment les éléments d'entrée en éléments de sortie »<sup>51</sup>. L'approche processus apporte une vision transversale et partagée car tout en décrivant un ensemble de moyens et d'activités, elle suscite la concertation de l'ensemble des acteurs de l'hôpital. La difficulté est que ce terme, couramment employé, peut évoquer des champs différents comme : un flux, le processus de prise en charge d'un patient; un programme, une façon d'interagir, le processus de coordination des vigilances, une modification des structures ou le processus de changement. Pour faciliter une appropriation partagée du concept, la majorité des établissements se réfère à une cartographie des processus en cohérence avec la "logique processus" développée par la HAS.

**L'approche processus présente plusieurs intérêts contributifs de la performance.** En premier lieu, c'est un moyen de relier les activités aux orientations stratégiques. Des indicateurs pourront, par exemple, être développés pour suivre la contribution des processus clés ou critiques aux objectifs. En second lieu, la description des processus permet d'étudier la criticité, c'est-à-dire les maillons faibles d'un processus, et ainsi de réduire les risques en y apportant une attention particulière. En dernier lieu, l'implication des personnels dans l'analyse collective des risques (a priori) et des événements indésirable (a posteriori) ainsi que dans la rédaction des procédures contribuent à faciliter les changements de pratiques des opérateurs. En effet, ces activités opèrent des allers et

---

<sup>49</sup> <http://www.has-sante.fr/portail/> consulté le 20 juillet 2015

<sup>50</sup> Jacques ORVAIN, cours EHESP DS 2015, *Les essentiels : Processus d'action*

<sup>51</sup> Norme ISO 9001, AFNOR 2000

retours entre action concrète et représentation de l'action et donnent l'occasion aux personnels de percevoir les inadéquations de leurs actions ou de leurs représentations.

**La description d'un processus de soins se fait par la formalisation d'une procédure "générique"** qui se décline en procédures, puis sous procédures et enfin en modes opératoires. La procédure répond aux questions suivantes : pourquoi ou quels sont les objectifs que l'on cherche à atteindre ? Qui ou quels sont les acteurs ou structures impliquées ? Quoi ou quels sont les moyens nécessaires à la réalisation du processus ? Comment ou quelles tâches doivent être effectuées à chacune des étapes ? Combien ou à quelle fréquence et sur quelle échelle le processus doit être mis en œuvre ? « Une procédure est la manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus »<sup>52</sup>, c'est pourquoi elle est élaborée par les équipes de terrain avec l'aide méthodologique des cellules qualité. Les représentations graphiques permettent de visualiser le déroulement dans le temps et les coordinations entre équipes pour l'accomplissement des différentes étapes. Ces descriptions de processus peuvent être utilement complétées par un tableau des pouvoirs décisionnaires qui précise, pour chaque étape du processus, les différents engagements requis. Il est ainsi possible de distinguer le rôle du décisionnaire, le rôle de participant et le rôle d'informant. Cette distinction des différents rôles permet de coordonner tout en précisant les responsabilités et le niveau d'engagement de chacun.

Les processus de soins sont décrits comme un enchaînement ou un flux d'actions. A. Strauss (1992)<sup>53</sup> parle de segments de travail ou d'arcs de travail. L'enchaînement de ces segments compose la trajectoire du patient.

Nous voyons ici combien la définition de la performance et son suivi, à partir de l'analyse de processus, sont complexes. Pourtant, il est nécessaire que les dirigeants et les politiques s'accordent pour s'assurer d'un dialogue constructif ? C'est sans doute pourquoi les directeurs de L'ANAP et de l'EHESP ont signé une convention de partenariat pour un accompagnement des acteurs dans la conduite du changement et la transformation du système de santé<sup>54</sup>. Le but de cette convention est en effet de diffuser une culture partagée de la performance pour que tant au niveau national qu'au niveau local, les dirigeants puissent partager le diagnostic.

Pour revenir au positionnement du DS, il semble qu'il ait un rôle essentiel à jouer dans la qualité des interactions au sein des processus mais aussi des interfaces pour contribuer au maintien de la cohérence globale du parcours de soins de la personne hospitalisée. Pour cela il peut « orienter la discussion en termes de "valeur créée pour le client" plutôt qu'en

---

<sup>52</sup> Norme ISO 9001, AFNOR 2000

<sup>53</sup> Anselm STRAUSS, 1992, *La trame de la négociation*, Ed l'HARMATTAN, p.88

<sup>54</sup> Caroline CORDIER, Hospimedia 27 aout 2015, *L'Anap et l'EHESP signent un partenariat pour diffuser une culture partagée sur la performance*

stricts termes de coûts ou de caractéristiques techniques »<sup>55</sup> et inciter chaque acteur à prendre en compte non seulement ses propres contraintes et objectifs mais aussi et surtout les objectifs et les contraintes du processus auquel il participe. Mais comment est défini le cadre de son action ?

### **1.2.3 Les responsabilités et les ressources liées à la fonction de DS**

Le DS est un directeur avec des compétences complémentaires des autres adjoints du directeur général. Son rôle et ses missions sont définies réglementairement et nous développerons les axes qui nous semblent déterminants dans les questions relatives à sa contribution à la performance.

**Au niveau réglementaire, c'est le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002<sup>56</sup> qui définit le cadre de l'action du DS.** Celui-ci précise que « 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. Il est membre de l'équipe de direction. Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), 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 ». Les activités sont ensuite décrites pour préciser les missions et les limites de responsabilités, pour terminer par l'obligation de rédaction d'un rapport d'activité remis au directeur et présenté aux instances.

Le décret peut être utilement complété par le référentiel de compétences<sup>57</sup> qui comprend neuf compétences dont l'implication dans la conception, la conduite et le suivi de projets dans les différents champs contribuant au bon fonctionnement de la structure, l'identification des besoins et la répartition des ressources disponibles et la contribution aux processus des décisions institutionnelles et à l'accompagnement de leur mise en œuvre.

**La responsabilité du DS est engagée dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins.** « 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 »<sup>58</sup>. Le DS porte une responsabilité étendue sur l'ensemble des processus de soins.

---

<sup>55</sup> Jean pierre CLAVERANNE, Christophe PASCAL, 2004, *Repenser les processus à l'hôpital*, p.28

<sup>56</sup> Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, modifié par Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010, modifié par Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 - art. 4

<sup>57</sup> EHESP 2011 mise à jour décembre 2014, *Référentiel de compétences des directeurs des soins*

<sup>58</sup> Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié

C'est pourquoi il doit être vigilant à de nombreuses alertes comme : les évènements indésirables, les délais de prise en charge, les erreurs médicamenteuses, la perte d'information, la tenue du dossier, la coordination entre les métiers et la concordance entre les compétences utiles et celles disponibles. Dans le cadre du projet de soins et de sa collaboration avec le directeur qualité et le président de CME, il contribue au développement de la culture qualité en s'appuyant sur une démarche proactive d'étude des processus et en réalisant une analyse préliminaire des risques. Il peut également activement s'inscrire dans les objectifs de la HAS qui souhaite donner une impulsion aux deux sujets suivants : la bientraitance des patients et les approches centrées patients ainsi que la qualité de vie au travail.

**Le DS contribue à une gestion responsable des ressources humaines en concertation avec le DRH.** La fonction ressources humaines recouvre différents domaines que sont : la gestion de l'emploi, le recrutement, la rémunération, l'évaluation, la promotion, le développement des compétences, l'organisation du travail, la motivation du personnel et la gestion des relations sociales<sup>59</sup>. Le DS est impliqué dans chacun de ces domaines et il intervient comme expert de l'organisation et de la qualité et de la sécurité des soins, alors que le DRH a la responsabilité des décisions sous l'autorité du directeur général. L'approche de gestion est en permanence à la fois stratégique et opérationnelle, individuelle et collective et à court, moyen et long terme. De plus, la pression sur les ressources humaines se concrétise par des contraintes budgétaires, de nouveaux besoins en compétences, une attente de gestion plus individualisée de la part des agents et de nouvelles exigences en termes de santé, sécurité et qualité de vie au travail<sup>60</sup>. Ainsi le DS et le DRH se saisissent conjointement des enjeux de performance, d'attractivité des meilleurs professionnels au bon moment, de réduction de l'absentéisme et d'employabilité des personnels. Il s'agit en fait de coordonner les compétences des deux fonctions pour trouver l'équilibre entre les besoins et les ressources.

**Le DS exerce une fonction de management avec comme supports privilégiés, le projet de soins et une instance, la CSIRMT.** RA. Thietart (1980) définit le management comme une « action ou (un) art, ou (une) manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler »<sup>61</sup>. Pour J.P. Gruyère (1992) le manager assume «des fonctions de direction, de planification, d'organisation et de

---

<sup>59</sup> Nathalie ROBIN-SANCHEZ, cours EHESP DS 2015, *Gestion des ressources humaines et Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences*

<sup>60</sup> Manuel V2014, Réf 3 Gestion des ressources humaines, 3.a Management des emplois et des compétences, 3.b Intégration des nouveaux arrivants, 3.c Santé et sécurité au travail, 3.d Qualité de vie au travail

<sup>61</sup> Raymond-Alain THIETART, 1980, *Le Management*, Ed PUF Que sais-je ?, p. 12



contrôle»<sup>62</sup>. Pour sa part, J. Orvain nous propose de décrire le système de management selon quatre axes<sup>63</sup> qui nous serviront de guide pour la formulation de repères d'action dans la troisième partie, il s'agit de la mobilisation des ressources, de l'articulation du schéma d'action, de la création de sens et de la gestion de la performance.

Pour mener ses missions, le DS dispose de ressources que sont l'encadrement, les personnels dépendants de la direction des soins et ses collaborateurs des autres directions fonctionnelles. Il dispose également d'une autonomie dans la gestion du projet de soins et dans l'animation de la CSIRMT.

Le directeur des soins exerce donc "un art" pour organiser, coordonner et évaluer les activités des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans le but de satisfaire les missions d'un établissement de santé, lui-même inscrit dans une politique générale. Il mobilise des compétences en gestion de projet, en accompagnement du changement, en pédagogie et en communication pour permettre aux professionnels sous sa responsabilité de contribuer, en articulation avec les autres professionnels, à l'amélioration de la performance dans toutes ses dimensions. Le projet de soins et l'animation de la CSIRMT relèvent de son champ de compétence propre et participent à la création de sens. Mais sa fonction n'est pas figée car avec la structuration polaire, « le centre de décision se déplace, (et le DS) doit sans doute évoluer vers une fonction à la fois stratégique, de conseil et de support aux pôles »<sup>64</sup>. Cette position dans l'organisation lui confère une vision globale de l'ensemble des processus et des objectifs de performance.

Le développement de l'exposé destiné à éclairer l'environnement de la fonction de directeur des soins a montré l'importance des articulations entre la stratégie et les projets jusqu'aux organisations de soins. Nous avons vu comment les contraintes engagent le dispositif de pilotage interne à se concentrer sur l'évolution des activités, l'optimisation de la gestion budgétaire, la responsabilisation de tous les acteurs et l'évaluation des objectifs. Les outils de pilotage et de la démarche qualité se combinent pour améliorer les organisations et les pratiques au service des patients et en contribuant à la maîtrise globale des dépenses de santé. De fait, l'ensemble des acteurs se recentre sur la valorisation des organisations et des bonnes pratiques, le plus souvent par l'analyse de processus.

Cette première partie a permis de montrer que le DS se trouve à l'interface de plusieurs visions de la performance. Une vision externe centrée sur les indicateurs de santé publique, de qualité et sécurité des soins et de satisfaction des patients, une vision interne, portée

---

<sup>62</sup> Jean Pierre GRUYERE, 1992, Introduction, in *Management, aspects humains et organisationnels*, Ed PUF Vendôme, p. 10

<sup>63</sup> Jacques ORVAIN, cours EHESP DS 2015, *Structuration des organisations et des dispositifs d'action*

<sup>64</sup> Marie Ange COUDRAY, Richard BARTHES, janvier 2006, *Gestions hospitalières n°452, Le management à la croisée des chemins*, p.18

par le corps médical et les soignants, centrée sur le parcours du patient et une autre, portée par les gestionnaires, les directeurs et les tutelles, centrée sur les indicateurs d'activité et de coût. C'est un directeur adjoint avec des responsabilités définies par la réglementation, notamment en matière de management des personnels dépendants de la direction des soins et en matière de politique de soins. Il a des compétences complémentaires des autres directeurs avec qui il collabore, en particulier pour ce qui concerne la politique de ressources humaines. Sa fonction est de plus en plus stratégique avec du côté de la direction un rôle d'expert du soin et du côté des services un rôle de médiateur et de porteur de projet. Il se trouve à l'interface de logiques verticales et horizontales, entre et au cœur des parties prenantes et des groupes (gestionnaires, administratifs, praticiens, paramédicaux, usagers) et enfin entre les pôles. Nous retrouvons ici les 5 types de frontières identifiés par Campbell, Ernst et Yip (2012) : verticales, horizontales, entre parties prenantes, démographiques, et géographiques. Ernst et Yip (2009) définissent un « leadership de dépassement des frontières comme la capacité à créer une orientation, un alignement et un engagement au-delà des cloisonnements, au service d'une vision ou d'un objectif qui transcende ceux-ci »<sup>65</sup>. Cela nous amène à nous demander si le DS, de par sa position dans la gouvernance, ne pourrait pas contribuer à la performance en jouant un rôle de médiateur et de vecteur à partir des outils à sa disposition. C'est ce que nous allons rechercher dans l'enquête de terrain.

### **Le directeur des soins serait-il un passeur de frontières<sup>66</sup> ?**

Cette question centrale servira donc de guide dans le recueil et l'analyse des données de deux établissements sélectionnés pour l'enquête. Ainsi, nous interrogerons le positionnement stratégique et opérationnel du DS à partir de trois sous questions :

- Qu'en est-il du positionnement du DS au sein de l'équipe de dirigeants ?
- En quoi le mode management du DS contribue-t-il à réduire les frontières ?
- Qu'en est-il des outils de dialogue du DS autour de la performance ?

---

<sup>65</sup>Jeffrey Yip, Chris Ernst et Michael Campbell, Etude 2012, *Leadership sans Frontières*

<sup>66</sup> En anglais : "Boundary spanners"

## **2 A la rencontre des acteurs et des pratiques de terrain**

### **2.1 Méthodologie de l'enquête**

Nous avons adopté une démarche inductive à partir de la question centrale. Ainsi nous avons recherché dans l'étude de documents, l'observation et les entretiens, des données essentiellement qualitatives pour alimenter la thèse selon laquelle le directeur des soins serait un « passeur de frontières ». Au préalable, nous nous sommes assurés de l'accord des deux CGS.

#### **2.1.1 Objectifs de l'exploration du terrain**

La recherche sur le terrain vise à donner un éclairage sur les éléments abordés dans la première partie à savoir la gouvernance de l'hôpital et sa performance et à identifier les leviers de leur amélioration du point de vue de la fonction de directeur des soins. Nous nous proposons de montrer en quoi le directeur des soins est un « passeur de frontières ». Pour ce faire, nous avons fixé des objectifs opérationnels destinés à guider le recueil des informations et établi notre grille de traitement à partir des repères théoriques présentés en première partie. Il prend la forme d'un tableau à double entrée avec d'un côté, les deux établissements et de l'autre, les thèmes et sous thèmes permettant de reporter les données relatives à l'établissement et au mode de management du DS (cf. annexe n° I). Ainsi, nous avons recueilli des données sur :

- la situation des établissements en lien avec la stratégie, la performance, le pilotage et la gouvernance des pôles ;
- le mode de collaboration du CGS avec les autres gestionnaires ;
- les pratiques de management des CGS ;
- les outils et méthodes de gestion de la performance.

Le choix s'est porté sur deux établissements de MCO soumis à un CREF pour étudier des situations en tension. Il s'agit des deux établissements où nous avons effectué nos stages : le premier est un CH et le second un CHU. L'intérêt de ce choix est qu'avec plus de neuf ans d'expérience dans le même établissement, les deux CGS sont à même de s'exprimer sur l'évolution de leur fonction et sur leur mode de management avec distance.

L'objet de l'étude n'est pas une comparaison systématique des deux positionnements des CGS mais plutôt d'extraire de l'analyse des repères transférables dans notre exercice futur.

#### **2.1.2 Population enquêtée**

Le choix s'est porté sur l'ensemble des acteurs impliqués dans la gestion de l'établissement et dans la définition de sa stratégie. Il s'agissait de recueillir la vision des gestionnaires, la vision médicale et la vision soignante. Ainsi, en dehors de plusieurs entretiens avec les CGS, 10 entretiens ont pu être réalisés auprès des 2 directeurs généraux, de 6 directeurs

adjoints (dont les 2 DRH), soit 3 par établissement, et des 2 présidents de CME. Pour compléter l'étude du positionnement de la fonction de directeur des soins au sein du dispositif de pilotage nous avons également sélectionné 8 cadres de pôle, soit 4 dans chaque établissement (cf. annexe n° II). Pour le CHU, nous avons choisi de ne pas différencier le CGS et le DS étant donné que leurs missions sont définies de façons distinctes et complémentaires et qu'ils n'ont pas, dans cet établissement, de relation hiérarchique. Enfin nous avons conduit des entretiens complémentaires auprès des CGS (cf. annexe n° III).

### **2.1.3 Choix des outils**

Nous avons fait le choix d'exploiter divers outils de recueil d'information qui nous ont permis de croiser les informations pour conforter notre analyse.

L'analyse de documents internes nous a permis de nous faire une première représentation objective de la situation des établissements tout en nous conduisant à suivre le cheminement vers leurs stratégies individuelles. Cette méthode a également été employée pour identifier les activités des CGS à partir de leurs agendas respectifs.

L'observation des réunions était destinée à différencier les contributions aux débats des différents participants et en particulier celles des CGS (cf. annexe n° IV).

Les entretiens semi-directifs, d'une durée de 15 à 30mn, ont été privilégiés pour compléter les observations précédentes, pour leur donner du sens et recueillir des données qualitatives à la fois factuelles et d'opinion. Cette méthode permet de s'adapter à l'interviewé, d'aborder l'ensemble des thématiques tout en conservant une certaine liberté d'expression qui ouvre la possibilité d'aborder des thèmes ou informations non pressenties.

### **2.1.4 Limites de l'enquête**

Le choix des établissements n'a pas permis de réaliser une comparaison de la gestion de la performance du fait de la différence de taille et de moyens. De même pour le positionnement et le management des CGS, la comparaison systématique n'avait pas d'intérêt compte-tenu notamment de la différence de constitution de l'équipe de la direction des soins, un CGS et un cadre d'un côté et un CGS, un DS et deux cadres supérieurs en missions transversales de l'autre.

Compte tenu du temps imparti, nous avons fait le choix de ne pas interroger tous les acteurs du niveau stratégique : les représentants des collectivités, des usagers et des personnels. L'ensemble des activités des CGS n'ont pas été observées par exemple : leur positionnement dans les instances, l'impact des rencontres informelles sur la réduction des frontières entre les groupes ou entre les personnes ou encore les relations avec l'IFSI et avec les partenaires externes sanitaires et médico-sociaux.

Enfin, nous n'avons pas étudié le positionnement des autres acteurs sous le même prisme, ainsi rien ne dit qu'eux aussi ne soient pas des « passeurs de frontières ».

## 2.2 Analyse des données

Nous présenterons en premier lieu les deux établissements pour illustrer l'environnement de travail des deux CGS. Ensuite, nous analyserons successivement le positionnement des CGS auprès des autres dirigeants, puis le mode de management adopté par les CGS et enfin la méthodologie employée pour améliorer la performance.

### 2.2.1 La présentation des établissements

#### **Les deux établissements cherchent à améliorer leur performance.**

Pour le premier établissement (CH), l'actualité de début 2015 est marquée par la signature d'un CREF et par le renforcement des coopérations sous l'impulsion de l'ARS. L'établissement est le pôle de référence d'un bassin de population en progression. Il se trouve en concurrence avec deux CHU et une clinique privée à but lucratif. Le projet d'établissement 2011-2015 a pour priorité le développement de l'attractivité à la fois pour les usagers et pour les professionnels. L'activité est répartie sur neuf sites avec un établissement principal ancien (1975) qui dispose de 1050 lits et places. 230 Personnels Médicaux (PM) et 1900 Personnels Non Médicaux (PNM) y exercent. La Haute Autorité de Santé (HAS) a conclu, en février 2012, une certification avec réserves. Cette expérience a fortement marqué l'ensemble des acteurs, qui se sont ensuite davantage engagés dans la démarche qualité. Le budget de l'établissement s'élève à 150 000 000 euros, il devrait atteindre une CAF nette de 5% en 2015, si l'augmentation de l'activité observée en 2014 se poursuit (+6% pour l'hospitalisation).

Pour le second établissement (CHU), l'actualité de début 2015 est marquée par la poursuite des objectifs du CREF signé en juin 2014 et lié à un endettement important suite à un projet architectural qui a permis de regrouper toutes les activités MCO sur un seul site. Il se situe sur une zone urbaine de 374 000 habitants mais la majorité des bassins de vie de la région se situe en zone rurale. Le projet d'établissement 2013-2017 a pour priorité de renforcer son attractivité régionale dans la perspective d'une complémentarité avec le second CHU de la future région. Pour mettre en œuvre ses missions, l'établissement dispose de 1780 lits et places. 1760 PM et 5360 PNM médicaux y exercent. L'établissement a mis l'accent sur l'innovation pour fluidifier les facteurs de retard ou de désorganisation liés aux services supports. « *Les transports automatisés ont permis de faire évoluer nos équipes en compétences redonnant du temps au patient, 7 minutes par jour par patient* »<sup>67</sup>. La HAS a conclu, en janvier 2015, à une certification avec recommandations. L'établissement dispose d'un budget de 525 000 000 euros, en 2015 et il devrait atteindre une CAF nette supérieure à 8%. Le bilan financier est pour la première fois positif depuis près de 10 ans.

---

<sup>67</sup> Entretien avec le responsable logistique

Si les deux établissements se trouvent dans une situation de contraintes budgétaires qui les amène à optimiser les ressources et faire évoluer leur activité, il est possible d'identifier des différences. En effet, les missions d'un CHU et d'un CH ne recouvrent pas les mêmes champs<sup>68</sup>, ils ont des moyens différents et seul un des deux établissements dispose de locaux neufs. Le CHU est en situation financière plus favorable. Enfin, l'engagement des professionnels dans une démarche qualité proactive est plus visible dans le CH. Pour aller plus loin dans la mise en perspective, il convient d'étudier le niveau de mise en œuvre de la gouvernance des pôles.

### **La gouvernance des pôles est déployée à des niveaux différents.**

Dans le premier, le CH, la gouvernance est portée par la direction et l'organisation polaire est partiellement mise en œuvre. L'établissement compte 6 pôles dont 5 cliniques. Une délégation de gestion est proposée et concerne la formation continue, le recrutement, les équipements de bureau, les équipements biomédicaux, mais à ce jour un seul contrat est signé et un autre est en cours de finalisation. C'est donc l'équipe de direction, assistée du directoire, où l'ensemble des chefs de pôles sont présents, qui définit les projets, la stratégie et prépare les décisions. D'autre part, « *de façon à maintenir la cohérence avec le projet médical* »<sup>69</sup>, le directeur général rencontre le président de Commission Médicale d'Etablissement (CME) toutes les semaines.

Dans le second, le CHU, l'organisation des services en pôles a été mise en place dès 2001. Elle est parfaitement intégrée et se concrétise par un contrat pour chaque pôle. L'établissement compte 17 pôles d'activité dont 15 cliniques. Un Comité Opérationnel des Pôles (COP) réunit mensuellement les membres des bureaux de pôle ainsi que toute l'équipe de direction. Le COP est un véritable espace de dialogue et de concertation avec la direction<sup>70</sup>, mais aussi entre les pôles, sur la pertinence des choix stratégiques d'évolution des activités et d'allocation de ressources. Le directoire statue ensuite sur les décisions.

Nous constatons un écart dans la mise en place des pôles, avec une avancée plus importante au CHU<sup>71</sup>. L'écart se confirme dans la variabilité de la contractualisation. Pourtant, un rapport de l'IGAS d'avril 2012 sur le management et l'efficacité hospitalière, en défend l'intérêt en avançant que, plus les pôles disposeraient d'une délégation large, plus ils seraient tentés de peser sur les coûts des prestations qui leur sont affectées<sup>72</sup>. Observons maintenant le positionnement des deux CGS.

---

<sup>68</sup> Le CHU : plateau technique régional, soins, expertise, recherche, innovation et enseignement

<sup>69</sup> Entretien avec le directeur général

<sup>70</sup> Observation directe de deux COP avec prise de parole et questionnaire mutuel des participants

<sup>71</sup> Cohérent avec l'enquête de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), juillet 2011

<sup>72</sup> Rapport IGAS, 2012, *L'hôpital*

## 2.2.2 Le positionnement des DS au sein de l'équipe de dirigeants

### A) L'évolution de la fonction vue par les CGS

Tous deux énoncent les deux premiers facteurs d'évolution dans le même ordre, d'abord l'organisation en pôle puis le mode de financement avec « *un budget prévisionnel basé sur les recettes qui génère des contraintes d'amélioration de la performance* ».

Pour les pôles, les CGS expliquent que « *la contractualisation a de fait conféré davantage d'autonomie aux cadres supérieurs qui travaillent d'une part avec leurs chefs de pôle, dans le cadre d'une relation fonctionnelle et d'autre part avec la direction des soins dans le cadre d'une relation hiérarchique* ». « *Ils contribuent à la mise en œuvre du contrat de pôle et ils déclinent le projet de soins dans les pôles* ». « *L'autonomie nécessaire à leur fonction introduit un mode relationnel plus basé sur le principe de la subsidiarité et de la confiance* ». « *Le DS intervient sur l'ajustement et le suivi des RH ou dans la formalisation du contrat de pôle mais cela reste parfois du bon vouloir du bureau de pôle...* »

Pour ce qui concerne l'aspect budgétaire, le directeur des soins investit « *de plus en plus le titre 1 relatif aux ressources humaines, compte tenu de son expertise métier, de sa connaissance des compétences à mobiliser et de sa compétence à évaluer la charge de travail* ». De plus, « *on se sert des personnels dépendants de la direction des soins comme levier budgétaire* ». « *Le DS n'a pas modifié sa stratégie mais son positionnement, il doit se montrer beaucoup plus vigilant !* » « *Bref, aujourd'hui, on a les effectifs que l'on peut se payer !* ». Les décisions les plus importantes qu'ils ont eu à prendre concernent : la diminution des effectifs, l'évolution capacitaire des unités et l'accompagnement de l'encadrement dans la mise en œuvre du CREF.

Les autres facteurs d'évolution énoncés concernent le fait de participer au directoire, « *ce qui conduit le DS à être partie prenante dans la stratégie de l'établissement* » et les exigences en matière de qualité, de sécurité et de gestion des risques liés aux soins. Sa participation aux instances décisionnelles le met davantage dans « *une position de garant de la cohésion institutionnelle et de lien avec les pôles* »

Nous pouvons en déduire que la fonction de DS a évolué vers une dimension plus stratégique au sein des instances et de l'équipe de direction car le DS contribue activement à la résolution des contraintes budgétaires notamment sur l'optimisation des ressources humaines. Sa connaissance des organisations de soins est une valeur ajoutée qui lui permet d'argumenter. Dans sa position d'interface, il participe à la cohésion institutionnelle en contribuant aux liens avec les pôles et en accompagnant les cadres dans le déploiement des décisions. De plus, il s'implique particulièrement dans la déclinaison ou traduction concrète des exigences de la certification.

## B) Le mode de travail avec les autres dirigeants

Nous avons choisi de cibler l'étude sur trois acteurs, le directeur général, le président de CME et le DRH qui représentent chacun les domaines d'activité prioritaires du DS identifiés en première partie soit, la stratégie, la qualité des soins et les ressources humaines.

Dans les deux établissements, un comité de direction (CODIR) se réunit de façon hebdomadaire, le lundi après-midi. L'ordre du jour est adressé à ses membres 48h avant avec parfois des ajustements le matin même. Le déroulement est similaire. La réunion commence par un tour des agendas de chacun qui est éventuellement questionné pour préciser le cadre des rencontres prévues. Les sujets sont présentés par un des directeurs, puis suivent des débats et si besoin une décision du directeur général. Les CGS ont la plupart du temps un sujet à présenter et ils interviennent, en particulier, pour apporter un éclairage sur les différents dossiers avec des données sur les prises en charge, les organisations et sur l'actualité de l'activité.

Les CODIR du CHU nous ont semblés plus stratégiques du fait par exemple qu'il est débattu des ordres du jour des instances et du mode de communication des dossiers. Nous constatons que le CGS a un rôle dans la remontée d'information vers l'équipe de direction pour donner du sens aux constats ou compléter les données.

Les rencontres entre le CGS et le directeur général sont mensuelles dans le CH. Pour ce dernier, « *le CGS est totalement associé au fonctionnement de l'équipe de direction, il est avec le président de CME au premier plan devant les autres directeurs adjoints* ». Le CGS précise qu'en « *cas de crise le DS est attendu sur sa capacité à mettre les gens en mouvements et à prendre des décisions* ». Au CHU, les rencontres sont liées à une problématique particulière et incluent la plupart du temps au moins un autre acteur, directeur adjoint, praticien et/ou cadre de pôle. Pour le directeur général « *le CGS a un rôle d'arbitrage auprès des équipes et d'écoute et d'apaisement des conflits. Il doit savoir présenter les problèmes sous un prisme que les équipes et les cadres comprennent* ». Le second CGS expose davantage le versant relatif à la contribution aux décisions. Pour lui, « *il faut être réactif pour donner des réponses ou un avis argumenté grâce à une connaissance exhaustive tant en organisation des soins qu'en clinique* ».

Le CGS, membre de l'équipe de direction de premier plan, est mobilisé pour la définition et la mise en œuvre des projets. Il représente un vecteur entre le niveau stratégique et le niveau tactique jusqu'au niveau opérationnel. Il est attendu sur ses compétences pédagogiques pour transmettre les messages afin qu'ils soient compris par les PNM. Il est également attendu sur ses compétences en gestion ou prévention de conflits pour préserver des relations favorables à la qualité du travail.



Aucun des deux CGS n'a de rencontre planifiée avec le président de la CME, ce qui nous a surpris du fait d'une expérience personnelle ou les rencontres formelles étaient mensuelles. Par contre, tous deux expliquent qu'ils échangent avec le président de CME au moins une fois par semaine, à l'issue des instances ou des réunions de pilotage et aussi par téléphone. « *Il n'y a pas de rencontres formelles mais l'un et l'autre n'hésitons pas à nous contacter pour échanger sur nos visions respectives des problématiques* ». Un président de CME dit « *avoir beaucoup d'échanges avec le DS autour de la Qualité et Sécurité des soins, par exemple : sur les limites et le partage des compétences, les risques de glissements de tâches, les effectifs. A quel moment passe-t-on la limite ?* ».

La relation entre le CGS et le président de CME permettrait donc à chacun d'eux de compléter sa compréhension des problèmes. De ce fait, il y a possibilité d'altération de leurs représentations ce qui peut contribuer à un rapprochement des contenus de communication des deux acteurs auprès de leurs groupes professionnels respectifs.

Un autre acteur est par contre omniprésent, c'est-à-dire au minimum deux fois par semaine sur les agendas des CGS, il s'agit du DRH. Dans les deux établissements, la configuration des bureaux favorise en outre de nombreuses rencontres informelles qui sont l'occasion de mises à jour de l'avancée des projets, d'avis ou de planification de nouvelles rencontres.

Dans le CH, un rendez-vous d'1h est reporté systématiquement et on trouve au moins une réunion animée en commun ou une autre rencontre sur un thème spécifique pour réaliser une analyse conjointe des problématiques. Le CGS précise que « *les grands chantiers communs concernent le CREF, le management des compétences, le projet formation, le tutorat, les effectifs, les affectations, la notation annuelle, les situations complexes d'agents, l'attractivité, la politique de titularisation, le référentiel temps de travail, la qualité de vie au travail, ... Le challenge actuel est relatif aux risques psychosociaux* ». Pour lui, « *il y a complémentarité des deux fonctions, partenariat, le DRH attribue les moyens et le DS manage les compétences. Le directeur général a un rôle majeur pour une mise en musique harmonieuse du couple DRH/DS et le partage de valeurs communes* ». Le DRH parle également de « *complémentarité des deux fonctions, le DRH est sur le champ politique et social et le DS sur le champ des organisations de terrain* ».

Au CHU, la rencontre hebdomadaire se nomme : Cellule Permanente de Gestion (CPG), elle porte sur les questions d'effectifs et de recrutements (postes vacants, remplacements, intérim, ...). A cette cellule s'ajoute au moins une rencontre sur un sujet spécifique (même dossiers en commun qu'au CH) mais le plus souvent avec présence d'au moins un autre directeur (ex absentéisme en pédiatrie). Pour le CGS sa contribution porte sur « *son expertise des soins et ses conseils pour définir et accompagner les évolutions* ». « *Il accompagne également l'encadrement pour favoriser le décroisement et la*

*contractualisation interne*». Sa stratégie RH « *consiste à mettre les bonnes compétences au bon endroit* ». Le DRH parle de « *l'importance de la cohésion des directeurs entre eux. La concertation permanente est indispensable sur tous les sujets RH pour que chacun complète sa connaissance de la problématique : contraintes, spécificités, opportunités, réglementation. La décision est le plus souvent partagée pour la présenter au DG qui statue* ».

La relation entre le CGS et le DRH est donc une relation de partenariat de deux fonctions complémentaires qui concourent à l'optimisation des ressources humaines. L'un, le DRH, est davantage sur le champ politique et l'autre, le CGS, sur le champ opérationnel pour transformer ces ressources en moyens adaptés aux besoins. La concertation est un attribut que tous les protagonistes défendent. Et si dans les deux établissements le couple semble « fonctionner », on peut s'interroger pour savoir si c'est le résultat d'une volonté des acteurs eux-mêmes ou si cela est lié au management du directeur général. Enfin, les deux CGS mettent l'accent sur la gestion et le management des compétences notamment celles des cadres.

L'analyse de la relation des CGS avec les autres dirigeants fait référence à de nombreux termes qui relèvent du champ lexical relatif à des notions de passage d'un champ à un autre, d'un groupe à l'autre, d'une fonction à l'autre : « remontée d'information vers », « donner du sens », « vecteur », « transmettre », « préserver les relations », « communication », « traduction », « déclinaison ». Nous allons observer si ces phénomènes se reproduisent dans une activité inhérente au métier : la prise de décision.

### C) Le mode de prise de décision des directeurs des soins

Tout d'abord, nous aborderons les décisions les plus importantes qu'ils ont eu à prendre depuis un an. Pour l'un d'eux, elles concernent : « *la diminution des effectifs, et la revue des fiches de postes* ». Ces décisions ont été construites avec les cadres de pôle et les équipes puis ont été proposées au DRH et au Directeur général pour décision. Pour l'autre, les décisions les plus importantes concernent « *la mise en œuvre du CREF, l'évolution capacitaire et l'accompagnement des cadres supérieurs et des cadres* ». La construction des décisions s'est faite « *pour le CREF avec le directeur des opérations par l'analyse de l'activité et des recettes, suivie des réductions de poste. L'évolution capacitaire a été revue dans le cadre des contrats de pôle* ». « *L'accompagnement des cadres s'est fait par des réunions d'information, des rencontres individuelles ou un travail en commun sur dossier* ».

Il semble qu'il y ait deux logiques différentes dans les prises de décisions. Le premier développe une logique ascendante avec une analyse concertée avec les cadres avant la proposition de décision à la direction, alors que la logique du second, au CHU, est descendante avec une analyse au niveau de la direction avant une information et/ou une

négociation avec les pôles ou les services. L'inverse nous aurait moins étonnés compte tenu d'une gouvernance des pôles plus développée dans le second établissement.

Ainsi pour compléter l'observation, nous avons analysé plus particulièrement une prise de décision de chacun des CGS. Les étapes sont décrites de façon linéaire pour simplifier la présentation même si dans la réalité elles se sont chevauchées et que parfois il y a eu des retours en arrière. Une décision concernait la mise en adéquation des ressources en personnel dans une unité et l'autre la publication de postes de cadres.

CH	CHU
<b>Identification de la situation</b>	
Décembre 2014. L'audit de performance montre que le nombre de personnel paramédical est surévalué dans plusieurs services. La signature d'un CREF est prévue en 2015 (il fixera à 10 le nombre de postes à supprimer dès 2015).	Mai 2015. 8 postes de cadres sont à pourvoir. Le taux d'encadrement est un peu supérieur au benchmark réalisé. 3 cadres seront diplômés en juin et il y a 2 candidatures spontanées externes à ce jour.
<b>Détermination des alternatives</b>	
Attendre la formalisation du CREF et appliquer les mesures en urgence et sans possibilité de débats. <u>Ou</u> Anticiper les objectifs qui sont prévisibles en sollicitant l'avis des cadres de pôle sur les unités à étudier en priorité.	Conduire une étude de l'encadrement et publier les postes en fonction des conclusions ce qui demande plusieurs mois et aurait pour conséquence l'absence d'encadrement désigné sur une longue période. <u>Ou</u> Publier l'ensemble des postes puis réaliser l'étude de réorganisation.
<b>Prise de décision</b>	
Sollicitation des cadres de pôle pour identifier une unité qui servira de test pour l'accompagnement du changement. Sélection de l'unité. Concertation avec le DRH. Présentation de la décision au directeur général pour approbation.	Avis des cadres supérieurs sur la pertinence de chaque poste. Publication interne de l'ensemble des postes de cadres. Concertation avec le DRH. Présentation de la décision au directeur général pour approbation.
<b>Annnonce de la décision aux acteurs impliqués</b>	
L'équipe désignée a été informée par le CGS et le cadre de pôle. Le cadre du service a été sollicité pour conduire avec l'équipe la réflexion sur les organisations de soins	Note d'information de publication des postes en interne. Puis sollicitation des cadres de pôle pour lancer une réflexion sur les missions des cadres et les possibilités de réorganisation
<b>Mise en œuvre des actions suivies de leur évaluation</b>	
3 postes ont pu être supprimés en 2 mois au fil des mouvements et dans la concertation. La démarche a été présentée aux instances et sera reconduite sur les unités qui seront identifiées au niveau institutionnel.	La réflexion sur les réorganisations a débuté dans chacun des pôles avant que le CGS ne commence à structurer l'analyse transversale pour redéfinir la politique d'encadrement. Le directeur général a donné un délai à trois mois.

Tableau n°1 : Description d'une décision des deux CGS

Cette seconde observation montre que la démarche des deux CGS est en fait assez proche. Ils ont choisi l'alternative qui permettait d'organiser la réflexion et la concertation

au plus proche des unités pour que l'ensemble de la communauté soit d'accord avec le diagnostic. Ensuite, ils ont présenté leurs arguments au DRH puis au directeur général qui ont tous deux approuvé les choix. Nous voyons ici l'importance d'accorder du temps au recueil d'informations objectives et à l'analyse avant de définir la stratégie pour ensuite impliquer au maximum les acteurs du niveau tactique avant de présenter les conclusions au directeur pour le convaincre de l'orientation à prendre.

Leur démarche s'est déroulée :

- sur un axe vertical, depuis les unités jusqu'au directeur général,
- sur un axe horizontal, dans la concertation avec les cadres, le DRH ou avec le directeur des opérations,
- entre les parties prenantes, les cadres des différents pôles, les cadres de proximité et les équipes,
- entre les groupes : les directeurs et les cadres de pôle,
- et en visualisant l'ensemble des unités de manière transversale.

Nous constatons dans les deux cas que les CGS, après avoir organisé la co-construction du diagnostic et des orientations avec un groupe, ont contribué à l'alignement des autres parties prenantes sur cette même orientation ce qui correspond pour une part à la définition du « passeur de frontières » (Ernst et Yip, 2009).

Nous allons maintenant observer si le phénomène se reproduit au niveau du management des personnels dépendant de la direction des soins.

### **2.2.3 Le directeur des soins et le management des personnels paramédicaux**

Avant de décliner les modalités de management avec les cadres de pôles, les cadres de service et les personnels nous présenterons les éléments de contexte relatifs à la politique de soins et aux moyens d'encadrement paramédical.

Le projet de soins du CH décline des valeurs de respect, d'humanisme, d'esprit d'équipe et de professionnalisme ainsi que de respect des droits des personnes soignées. Il se décompose en trois axes : le parcours patient, l'accueil et la prise en charge et le management des compétences. Il a pour objectifs prioritaires la qualité et la sécurité des soins. Il est porté par l'ensemble de l'encadrement paramédical dans des groupes de travail actifs et promoteurs d'outils et de pratiques partagées. L'équipe d'encadrement se compose à la direction des soins d'un CGS, d'un cadre et d'une secrétaire et dans les pôles cliniques de 6 Cadres Supérieurs De Santé (CSDS) et 50 Cadres De Santé (CDS).

Le projet de soins du CHU se décompose également en trois axes. Le premier concerne les soins et la prise en charge du patient : valoriser l'activité, accompagner le patient, développer les bonnes pratiques professionnelles, intégrer le développement durable dans les pratiques, développer la qualité et la sécurité des soins. Le second concerne le

management : disposer de professionnels motivés et compétents, accompagner les cadres, promouvoir la mobilité. Et le dernier axe concerne les coopérations et la collaboration à la fois interne et externe. La direction des soins est composée de 6 membres : 1 CGS, 1 DS, 2 CSDS en missions transversales et 2 secrétaires. Dans les pôles cliniques on compte 20 cadres supérieurs de santé et 104 cadres de santé.

#### A) Le mode de management des cadres de pôle

Pour les deux CGS, la mise en place des pôles a modifié la relation avec les cadres de pôle. « *Les cadres travaillent dans une relation fonctionnelle avec les chefs de pôle et dans une relation hiérarchique avec les DS* ». « *La hiérarchie existe toujours, mais il y a plus d'espace de partage et de négociation* ». Le contrat de pôle « *doit décliner le projet de soins, les objectifs de qualité et de sécurité des soins, même si cela reste de la responsabilité du DS. Des tableaux de bord sont construits mais qu'est-ce qu'on en fait ?* ». « *L'autonomie nécessaire à la fonction introduit un mode relationnel plus basé sur le principe de subsidiarité et de confiance* ». « *Tout dépend de la relation de confiance notamment pour la remontée d'informations* ». « *Le lien c'est la transversalité du projet de soins et du projet qualité* ».

La gouvernance aurait donc introduit un déplacement des frontières entre les champs d'activité et les responsabilités des cadres de pôle et des CGS et des modifications dans la relation hiérarchique. Si le projet de soins et le projet qualité relèvent, en transversalité, de la responsabilité des CGS, ces derniers doivent en parallèle valoriser les espaces décisionnels de pôles comme des espaces d'autonomie, d'autorité et de confiance par rapport au niveau supérieur. Ainsi, ils contribuent à l'articulation des différents niveaux de la gouvernance et à la déclinaison des projets dans les pôles.

Les deux CGS semblent avoir trouvé le juste équilibre mais pour nous en assurer, nous allons compléter l'analyse par l'étude des réunions hebdomadaires de la direction des soins et du mode de management des CGS.

Le CGS du CH organise une réunion tous les lundis de 11h à 13h « *pour garder les liens avec les pôles* », la réunion est suivie du repas et du café en commun. L'ordre du jour est adressé à l'avance et tous les cadres de pôle sont généralement présents. La réunion porte sur : le tour des agendas, l'avancée des projets institutionnels, l'actualité de l'établissement et des pôles ainsi que les mesures à prendre (ex hôpital en tension, conflits dans une UF), les déclarations d'évènements indésirables, le retour des audits de satisfaction patients et enfin sur la préparation des documents pour les instances,

Le CGS délègue « *le suivi des axes du projet de soins et du projet de formation aux CSDS en fonction de leur profil de compétences et de leur connaissance du thème* ». Il aimerait « *développer le suivi des tableaux budgétaires avec les cadres de pôle* ». Des entretiens

individuels ont lieu à la demande de l'un ou l'autre, et ce parfois du jour pour le lendemain, concernant la situation d'un pôle ou les projets transversaux. Nous avons, en effet, pu observer la disponibilité du CGS qui de surcroît accordait du temps informel au groupe de CSDS au moins une fois par semaine après le repas.

Tous les cadres de pôle ont énoncé ce besoin de disponibilité pour obtenir de l'aide ou un avis, certains sur les risques de conflits dans les services, d'autres sur la conduite de projet, d'autres enfin sur l'accompagnement du changement.

Au CHU les réunions sont également hebdomadaires, tous les mercredis de 10h30 à 12h. Nous n'avons pas observé de rencontres informelles du groupe et les CSDS déjeunent le plus souvent avec des membres de leur pôle. L'ordre du jour est adressé à l'avance mais la présence de tous est rare. La réunion porte sur des informations générales issues du CODIR du lundi qui sont discutées, la présentation pour avis de projets transversaux ou la préparation d'arguments pour les instances ou réunions de pilotage.

Pour le CGS, le groupe de cadres de pôle n'est pas vraiment une équipe *« car il n'y a pas d'objectif majeur partagé, pas de challenge à gagner, pourtant le salut vient des stratégies de groupe, ne serait-ce que pour les besoins en lits »*. Au niveau individuel, *« pas d'interventionnisme, j'accompagne à la demande, il faut respecter le principe de subsidiarité »*

Pour les cadres de pôle, le CGS est *« un collaborateur qui vient en appui ou en conseil »*, *« il doit être disponible »* et *« apporter de la méthode en gestion projet et en gestion des situations complexes ou de crise »*.

Les deux CGS ont fait le choix d'une réunion hebdomadaire pour assurer le lien entre les niveaux de gouvernance et la circulation ascendante et descendante de l'information. Dans les deux cas des débats permettent d'échanger sur la vision des problématiques et donc d'amorcer l'émergence d'un diagnostic "horizontal" partagé par le groupe.

Par contre d'un côté, dans l'EPS avec une délégation de pôle plus faible, il y a un groupe avec une appartenance forte qui se manifeste par des rencontres régulières et de l'autre des CSDS qui sont davantage proches des membres de leur pôle. Le développement de la gouvernance, la taille de l'établissement et le nombre de cadres supérieurs seraient-ils des facteurs de cohésion du groupe de CSDS ? Ou est-ce lié au modèle de management du CGS ? Nous n'avons pas assez d'éléments pour répondre à ces questions.

Une autre différence tient au fait que nous avons observé des délégations de la part du CGS du CH pour la mise en œuvre du projet de soins en transversal, alors que les axes du projet de soins sont déclinés dans les contrats de pôle au CHU. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les CGS se sont donc adaptés au niveau de déploiement de la gouvernance tant au niveau du groupe que des individus. Les attentes des cadres de

pôles convergent sur la nécessaire disponibilité du CGS et sur ses apports en soutien et en méthodologie mais la notion de « collaborateur » n'est apparue qu'au CHU.

En fait tous deux adopteraient un mode de management situationnel au contexte, au niveau de développement des pôles, et aux personnes en fonction soit de leurs demandes soit de leurs besoins. De plus, ils accompagnent les CSDS pour les aider à passer le cap vers davantage de subsidiarité, donc à faire évoluer les frontières de leurs territoires respectifs. Nous allons maintenant observer ce qu'il en est des activités auprès des cadres et des équipes.

#### B) Les activités menées auprès des cadres et des personnels

Les deux CGS mènent des activités très différentes auprès des cadres et des équipes. En effet, alors que nous avons observé plusieurs fois le CGS du CH dans des groupes de travail pour réaliser le bilan des avancées, cela ne s'est produit qu'une fois au niveau du CHU (délégation aux cadres transversaux). Et alors que le CGS de l'EPS était très impliqué dans les situations individuelles complexes, cette activité était déléguée à un cadre en mission transversale au CHU. Le CGS du CHU avait davantage de réunions de pilotage ou d'analyse avec d'autres directeurs. Il a néanmoins été sollicité par un pôle, durant le stage, pour intervenir en situation de crise auprès de l'ensemble des agents d'une unité.

Les observations des CGS lors de la CSIRMT ont montré qu'ils accordaient du temps aux débats autour des protocoles et référentiels de bonnes pratiques élaborés en interne, afin de favoriser l'implication de chacun et la cohésion du groupe de paramédicaux autour d'un sens partagé. L'ordre du jour fait l'objet d'une attention particulière pour « *garder le fil sans répéter ce qui se dit dans les autres instances ou dans les réunions d'encadrement* ». Nous avons relevé la présence, au CH, d'un outil de communication des débats de la CSIRMT. Il s'agit d'une page, destinée à l'affichage dans les unités de soins, qui présente synthétiquement le bilan, les objectifs, les actions prioritaires et les perspectives.

Pour ce qui concerne les réunions de l'ensemble des cadres, elles ont lieu tous les trimestres dans les deux établissements, durant une journée au CH et une demi-journée au CHU. Les thèmes abordés concernent la réglementation, les retours d'audits, l'avancée d'un groupe de travail, la formation continue et les projets de la direction des soins ou de l'établissement. Les CGS organisent la réunion de sorte qu'une place au débat soit préservée. Dans le CH, il y a davantage de thèmes abordés (journée entière), la majorité des présentations sont faites par des cadres et les liens avec les références du manuel de certification sont systématiques. Au CHU, la moitié des présentations est faite par le CGS (ou le DS).

Nous pouvons conclure de ces observations que la taille d'un établissement impacte les activités du CGS et sa proximité de travail avec l'encadrement et les agents. Dans un

établissement de taille moyenne le CGS assure la supervision des projets alors qu'elle est déléguée aux cadres transversaux ou aux pôles dans les gros établissements. Les deux postures semblent garantir un niveau similaire de qualité et de sécurité des soins eu égard aux résultats de la dernière visite de certification. Concernant l'impulsion d'une dynamique partagée, il est plus aisé de la mesurer dans le CH d'autant que les présentations réalisées par les cadres étaient toutes de très grande qualité, tant sur la forme que sur le fond. Néanmoins les deux CGS adoptent un mode de management par projet, l'un essentiellement au niveau du pilotage de l'établissement et l'autre, en sus, au niveau tactique. Enfin, tous deux s'inscrivent dans la recherche de sens comme en témoignent les propos ci-dessous.

La valeur ajoutée du DS aujourd'hui est pour l'un « *la connaissance du soin, des organisations, de la méthodologie et le fait qu'il représente les métiers du soin* », puis il ajoute qu'il « *faut donner du sens et être fier de ce que l'on fait* », l'autre précise « *qu'il faut développer le sentiment d'appartenance à l'établissement, favoriser le développement personnel et accompagner les agents dans leur projet* ».

Le directeur des soins, manager hospitalier, doit donc intégrer dans sa pratique de management une vision qui recouvre les outils décisionnels, les outils qualité, l'analyse des processus et la prise en compte de la dimension psychosociale (cf. annexe n° V). Pour cela il a besoin d'informations objectives et partagées avec les autres acteurs de la performance.

## **2.2.4 Le directeur des soins et la performance**

### **A) Les références aux démarches processus et qualité sont prédominantes**

Dans le CH, l'approche processus a été observée dans la mise en œuvre de la démarche qualité. Chaque processus est décrit dans un logigramme qui sert de référence au cadre de pôle et au cadre de proximité « *pour rechercher les risques a priori c'est obligatoire et pour prendre les mesures de prévention* »<sup>73</sup>. C'est aussi à partir de cette analyse qu'un autre cadre anime un groupe pour formaliser une « *grille de repérage des problématiques sociales dès l'admission* »<sup>74</sup>. Mais dans la transversalité, c'est le CGS qui est responsable de l'ensemble des processus relatifs aux prises en charge et qui missionne les groupes de travail animés par un cadre supérieur ou un cadre de proximité en fonction de la thématique et des compétences de chacun. Le CGS dit s'assurer que « *la politique d'appropriation par tous les agents soit bien respectée* ».

---

<sup>73</sup> Cadre de pôle responsable du bloc opératoire

<sup>74</sup> Cadre de pôle référent du groupe « gestion des lits »



Au CHU, l'approche processus a été observée comme une culture partagée de l'ensemble des managers, administratifs, médicaux et paramédicaux. En effet, dans la majorité des réunions (CODIR, COP, procédure accueil détenus, absentéisme en pédiatrie,...) la concertation se fait à partir des étapes de prise en charge, de la fluidité du parcours et d'indicateurs de résultats : activités, durées de séjour, consommation des ressources. L'approche processus a également été adoptée pour le développement du système d'information et la restructuration des services support, notamment pour l'acheminement de ses principaux flux matériels et médicaux (alimentation, linge, produits pharmaceutiques et hôteliers, prélèvements, produits sanguins...). « *Un dispositif d'automates optimise les processus internes, fiabilise les transports sensibles, améliore l'hygiène et la sécurité, tout en réduisant la charge de travail du personnel soignant au bénéfice du patient* »<sup>75</sup>.

Les CGS s'accordent pour dire que « *l'approche processus est à développer car elle donne une vision globale, elle contribue à la gestion des risques, permet la participation des agents aux actions d'amélioration et prend en compte les droits du patients et sa satisfaction* ».

Les deux établissements ont donc développé une compétence collective en approche processus. Des outils sont formalisés pour améliorer l'organisation interne autour du parcours patient : un service d'ordonnancement des lits, une commission des séjours longs pour le CHU et la participation au projet ANAP gestion des lits, un logiciel aux urgences, des lits de crise identifiés pour le CH. Dans ce dernier, nous pouvons dire qu'il y a une culture du management par la qualité avec analyse des processus et identification des risques. Alors qu'au CHU, il y a davantage une culture du management par la performance avec analyse des processus.

L'ensemble de ces constats nous amène à penser que l'approche processus est une démarche qui peut être partagée par tous les acteurs institutionnels pour réaliser une analyse des organisations porteuse d'amélioration de la performance. La spécificité du DS tient à sa responsabilité sur l'ensemble des processus relatifs aux prises en charge. Cela lui confère un rôle central dans la capacité à associer les différentes compétences en présence pour les amener à partager une vision de la cible à atteindre.

## B) Les tableaux de bords sont centrés sur l'activité et les ressources

Dans le premier établissement le tableau de bord est étudié au directoire mensuellement. Il présente, sur une feuille A3, d'une part les activités et d'autre part les consommations de ressources, toutes deux comparées à l'année n-1 et à l'EPRD.

Au CHU, le tableau de pilotage est étudié mensuellement en COP au préalable du directoire. Il présente sur une feuille A4 les évolutions depuis deux ans en cinq catégories : l'activité, les recettes et dépenses, le personnel, les consommations et la qualité. Mais ce

---

<sup>75</sup> CGS du CHU

dernier item n'est pas toujours complété, les indicateurs de satisfaction du patient ne sont donc pas discutés dans les réunions de pilotage.

Au regard de la classification de Donabédian (1980) les deux établissements poursuivent des objectifs essentiellement centrés sur les indicateurs de structure et de résultats intermédiaires d'activité. Les indicateurs de processus et de résultats finaux en termes de santé ne sont pas suivis ainsi que les indicateurs de satisfaction du patient. Le but est donc d'améliorer l'efficacité et d'augmenter les ressources.

Dans les deux cas, il y a lieu de s'interroger pour savoir si les équipes de direction ont pris le temps d'élaborer une définition commune de la performance pour faciliter le dialogue pluriprofessionnel autour de la mise en œuvre des processus et de leurs résultats.

Par contre, nous avons observé, lors des commissions des séjours longs, comment chacun, depuis son champ de compétence, prenait le temps d'interroger les professionnels de terrain sur les étapes de prise en charge et les facteurs de « blocage » ou de retard dans la perspective d'un objectif commun : répondre aux besoins de soins du patient. Le CGS questionnait, par exemple, l'aspect clinique ou l'environnement personnel du patient et le directeur de pôle questionnait l'articulation avec les structures externes.

L'exemple de la réunion montre comment l'analyse commune d'une prise en charge singulière facilite le décloisonnement entre tous les métiers, administratifs, médicaux, paramédicaux et sociaux. Elle constitue un moyen d'élaborer un diagnostic partagé et des actions concertées et coordonnées. En outre, elle ouvre la possibilité de la prise en compte du point de vue du patient. Il y a bien réduction des frontières entre les groupes.

Pour identifier si les CGS portent une attention sur d'autres indicateurs complémentaires, nous les avons interrogés sur leurs outils. Aucun ne nous a fourni de document comme nous le demandions mais nous avons pu recueillir leurs propos.

### C) Les CGS privilégient les indicateurs relatifs aux ressources humaines

Le premier CGS privilégie le suivi des indicateurs du CREF, notamment ceux concernant la révision des effectifs paramédicaux. Ensuite, il suit mensuellement le taux d'absentéisme global de l'établissement. Il aimerait disposer de davantage d'indicateurs relatifs aux RH comme l'absentéisme par unité, la formation par unité et par agent ou le nombre d'heures dédiées aux groupes de travail ou à l'encadrement des stagiaires.

Le second CGS privilégie le suivi « *des indicateurs nationaux, Hospidiag, Anap, base de Reims, base d'Angers, .. ; des indicateurs régionaux notamment autour du travail sur les ressources en santé ; les indicateurs locaux, masse salariale, absentéisme, coût moyens, évolution des effectifs* ».

Le premier élément à retenir est lié à l'actualité d'un établissement. En effet le premier CGS est particulièrement investi dans la prise en compte des objectifs fixés avec l'ARS et pour lesquels un suivi trimestriel s'opère. Il suit des indicateurs de structure mais complète en évoquant sa volonté d'intégrer des indicateurs de processus. Il a donc l'intention d'enrichir sa réflexion avec des données sur la qualité des processus qui pourront être discutées avec les autres directeurs et les bureaux de pôle.

Le second CGS complète les indicateurs institutionnels avec des indicateurs externes et privilégie le benchmark. Il joue bien ici un rôle de décloisonnement en reliant l'organisation avec des sources externes d'information.

Au final, aucun des deux établissements n'étudie l'ensemble des domaines d'indicateurs, définis par Donabédian, au cours des réunions de pilotage. Les indicateurs complémentaires, relatifs aux résultats finaux en termes de santé et à la satisfaction du patient, sont étudiés secondairement dans des groupes de travail. Les débats permettent alors, de tendre vers l'amélioration de la performance en dépassant les tensions entre les objectifs d'efficacité et les valeurs soignantes, entre le statut et les compétences, entre l'autorité hiérarchique et l'autorité d'expertise, entre les intérêts individuels et collectifs, entre le confort procuré par la maîtrise des routines et la prise de risque inéluctable dans les nouvelles pratiques<sup>76</sup>. Les CGS, membres de l'équipe de direction, sont en position pour réintroduire dans les débats stratégiques l'ensemble des domaines d'indicateurs, pour que les tableaux de bord soient de véritables "outils frontières"<sup>77</sup> entre l'ensemble des intérêts.

L'objet de la seconde partie portait sur l'analyse du cadre d'action de deux directeurs des soins. Les deux établissements sont en recherche de performance avec un niveau de développement de la gouvernance différent, auquel les CGS se sont adaptés. En effet, ils ont instauré des modes de management situationnels basés sur la confiance et se traduisant par des délégations et un management par projet.

Notre but était de vérifier si, dans un contexte de recherche d'amélioration de la performance, le directeur des soins jouait un rôle de « passeur de frontières ». Grâce à cette étude, et malgré ses limites, nous pouvons dire que le directeur des soins est bien un « passeur de frontières » parce qu'il est acteur du décloisonnement entre les groupes et les individus de sorte que chacun contribue aux objectifs de l'organisation, tout en donnant un sens commun qui dépasse ces objectifs.

---

<sup>76</sup> Béatrice FERMON, 2015, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Ed DUNOD, p.4

<sup>77</sup> Christelle ROUTELOUS, Liette LAPOINTE, Isabelle VEDET, juillet 2014, *Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de collaboration pluridisciplinaire en médecine*, Journal de gestion et d'économie médicales Vol 32, p. 485

Nous avons montré comment les CGS étaient impliqués dans la cohésion institutionnelle par les liens établis depuis l'équipe de direction jusqu'aux équipes de soins en passant par le président de CME. En effet, les CGS sont traducteurs des exigences liées aux contraintes budgétaires tout en éclairant les décideurs sur les réalités des services de soins. Ils sont médiateurs dans la compréhension mutuelle des différents métiers de l'hôpital et peuvent ainsi contribuer à l'apaisement des conflits entre les services et entre les niveaux de l'organisation. Ils sont animateurs et pédagogues auprès des personnels dépendants de la direction des soins, pour accompagner les personnels dans les réformes et réorganisations, en utilisant des supports de dialogue et de communication. Enfin, leur vision sur l'ensemble des services, qu'ils soient de soins, administratifs ou techniques, associée à une responsabilité dans l'animation du projet de soins et dans la maîtrise de la qualité et la sécurité des soins, leur confère la possibilité de donner un sens commun à tous : la satisfaction des intérêts du patient. Mais les indicateurs suivis ne permettent pas de guider l'action dans l'ensemble des domaines qui contribuent à la performance.

Nous proposons dans une troisième partie de transformer les enseignements issus de l'analyse pour formuler des repères d'action afin de renforcer le rôle de « passeur de frontières » du directeur des soins. Ainsi, nous tenterons de formuler nos conceptions du positionnement à adopter dans la gouvernance, du management de l'encadrement paramédical et aussi des tableaux de bord pour rendre nos ambitions de contribution à la performance opératoires.

### 3 Repères d'action du DS pour une contribution à la performance

Pour organiser nos propos et décrire notre vision de la fonction, en vue de renforcer notre rôle de « passeur de frontières », nous avons fait le choix d'utiliser un schéma présenté lors d'une intervention à l'EHESP. Le contenu des repères d'action se limitera aux thèmes, méthodes et outils mis à jour dans l'approche théorique ou dans l'approche pratique et pour mieux nous les approprier nous définirons les concepts non abordés au préalable.

<b>Articulation du schéma d'action</b> Trajectoire du patient et segments de travail, processus d'action	<b>Mobilisation des ressources</b> Matérielles, et Immatérielles (information, savoir-faire, capacités)
<b>Création du sens</b> Vision, valeurs, principes d'action et mécanismes de légitimation (certification, évaluation externe)	<b>Gestion de la performance</b> Mécanisme de jugement et d'incitation Tableaux de bord stratégiques

*Tableau n°2 : Schéma d'un dispositif d'action<sup>78</sup>*

Ainsi nous verrons dans un premier temps comment le DS peut articuler son schéma d'action avec les partenaires de la gouvernance puis comment il peut favoriser la création de sens et la mobilisation des ressources auprès des personnels dépendants de la direction des soins et enfin comment enrichir la gestion de la performance.

#### 3.1 Articulation du schéma d'action avec les partenaires de la gouvernance

Le directeur des soins se situe dans plusieurs systèmes d'action : politique, stratégique, tactique et opérationnel. Il appartient à l'équipe de direction tout en assurant l'interface avec les services de soins. Son défi est d'articuler confiance, gouvernance et performance en développant ses capacités à porter « ce regard qui montre aussi bien les relations entre les parties et le tout, et les rétroactions entre les parties et le tout, qui ne perd jamais la vue d'ensemble, sans en faire un ensemble vide. » (E. Morin, 2010). Suite à l'analyse développée au préalable nous retenons les principes de co-construction, de subsidiarité et de projet patient partagé avec le président de CME. Nous compléterons en précisant pourquoi et comment promouvoir la place des usagers.

<sup>78</sup> Jacques ORVAIN, cours EHESP DS 2015, *Structuration des organisations et des dispositifs d'action*

### 3.1.1 Privilégier la co-construction des décisions

Lors des observations menées lors des réunions de pilotage et de cadres, nous avons constaté que la décision se construisait dans la relation avec les autres. Cela nous amène à aborder le concept de co-construction, c'est à dire « l'implication d'une pluralité d'acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet ou d'une action »<sup>79</sup>. L'intérêt de la co-construction est double. Tout d'abord, il est l'occasion d'échanges qui, par le questionnement mutuel, permettent de maîtriser des domaines moins connus et donc de développer les compétences de chacun. Ensuite, les négociations s'engagent et chacun est conduit à préciser ses arguments ou à les enrichir. C'est ce qui permet aux acteurs de se positionner en "associés rivaux" (Sainsaulieu dirait d'engagement à plusieurs<sup>80</sup>). « L'articulation de ces deux dimensions, et la pérennité de leur interdépendance, est rendue possible par le caractère collégial des décisions : aucune ne peut être prise sans négocier avec les autres et sans obtenir leur accord »<sup>81</sup>.

Pour contribuer au renforcement des aptitudes à la co-construction des équipes de direction et des équipes d'encadrement, et donc de dépassement des frontières entre les métiers, entre les connaissances et les compétences et entre les niveaux hiérarchiques, le directeur des soins peut organiser les conditions de ces échanges. Face à la résolution d'un problème ou pour atteindre un objectif fixé à la direction des soins, le DS doit organiser les rencontres successives en veillant à inviter les responsables impliqués au fil des étapes. Par exemple, dans le cas de réorganisations de service, une fois la cible définie en directoire, il y a lieu de travailler successivement et aussi collectivement avec les cadres de pôles, les chefs de pôles, les cadres, le DRH et le directeur de pôle. Ainsi, les différentes compétences et visions de la mise en œuvre du projet peuvent se rencontrer et, en se complétant, aboutir à la décision la plus pertinente. C'est ce qui permet le renforcement des liens coopératifs et l'implication de chacun dans la mise en œuvre des décisions.

Néanmoins, les conditions de la co-construction ne sont pas toujours réunies. Un directeur, dans certaines situations où la décision est « urgente » ou « critique », peut être amené à arbitrer sans toujours avoir le loisir d'organiser des débats. Car les établissements sont soumis à des changements et pressions permanentes liés aux jeux de pouvoirs des acteurs, aux revendications des personnels, aux nouvelles attentes des usagers et aux demandes de leurs tutelles.

Les décisions peuvent également être prises au niveau hiérarchique inférieur.

---

<sup>79</sup> <http://www.participation-et-democratie.fr/>

<sup>80</sup> Renaud SAINSAULIEU, 1995, *Sociologie de l'entreprise*, Ed Presse sciences Po, p.319

<sup>81</sup> Norbert ALTER, 2010, *Donner et prendre*, Ed la Découverte, p.57

### **3.1.2 Pratiquer la subsidiarité**

Comme nous l'avons vu dans les deux établissements étudiés, les deux CGS appliquaient le principe de subsidiarité par la délégation de projets ou par la délégation dans le cadre des contrats de pôle. Pour le directeur des soins, le principe de subsidiarité consiste, en effet, à déléguer la responsabilité de résoudre les problèmes aux cadres de pôles ou aux cadres de santé après avoir évalué si cela relève bien de leurs responsabilités et de leurs compétences. Le souci est de veiller à ne pas faire à un niveau supérieur ce qui peut l'être, avec plus d'efficacité, au niveau des pôles ou des services. Pour que l'encadrement puisse se saisir de ce champ d'action, le DS doit définir un espace de confiance dans lequel il apporte toutes les données utiles à la réalisation d'une analyse la plus pertinente possible. Ainsi, il contribue au décloisonnement entre les instances dirigeantes et les unités opérationnelles. De plus cette démarche valorise les espaces décisionnels et d'autorité des pôles auprès de l'ensemble des acteurs institutionnels que ce soit les directeurs, les médecins ou les agents paramédicaux. Pour nous, renforcer la légitimité des cadres est un facteur d'efficacité de leurs actions, un facteur de leur satisfaction et de surcroît un facteur propice à la créativité.

La gouvernance des pôles prévoit la mise en œuvre du principe de subsidiarité à travers le contrat de pôle. Dans ce cadre, le directeur des soins contribue à la négociation des objectifs relatifs au projet de soins, aux ressources humaines et au projet qualité et sécurité des soins. Comme nous l'avons vu, tous les établissements n'ont pas finalisé la démarche jusqu'à la contractualisation. Pour nous le DS a une responsabilité dans l'accompagnement des cadres vers davantage d'autonomie et de responsabilité. Quel que soit le niveau de développement de la gouvernance de l'établissement où il exerce, il doit encourager la délégation concertée. Ainsi, si les contrats ne sont pas formalisés, il peut, par exemple, déléguer la mise en œuvre et le suivi des projets de réorganisation des unités. C'est une façon de contribuer au développement des compétences de ses collaborateurs, à l'articulation des différents niveaux de la gouvernance et à la communication inter pôles.

Cette démarche de subsidiarité, basée sur la confiance, n'exclut pas l'évaluation régulière de l'avancée des projets et des compétences des cadres pour si besoin suppléer les manques, par un accompagnement individualisé ou dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC). Enfin, la création de ces espaces de confiance mutuelle est un gage de remontées d'informations pour contribuer à la permanence de la vision d'ensemble nécessaire à l'exercice du DS.

Pour revenir au niveau stratégique et à nos relations futures avec deux autres acteurs de la gouvernance d'un établissement qui n'ont pas été valorisés dans les observations, nous développerons l'intérêt d'un projet médico-soignant et de la démocratie sanitaire.

### **3.1.3 Tendre vers un projet patient médico-soignant**

L'intérêt de travailler à un projet médico-soignant est de permettre la création d'espaces de dialogue et de compréhension mutuelle des différents métiers contribuant à la prise en charge en dehors de l'action. Cette démarche est contributive de l'émergence d'enjeux communs autour du patient.

Il s'agit de structurer le projet en impliquant l'ensemble des métiers de l'hôpital dès le début. En effet, le plus souvent, le projet de soins est formalisé au regard du projet médical. Ainsi, les personnels dépendant de la direction des soins ne participent pas nécessairement à l'analyse des besoins et à l'analyse de l'existant. Cette façon de procéder ne leur permet donc pas de s'approprier tous les enjeux et de donner tout leur sens aux orientations du projet d'établissement.

En partant du diagnostic et des orientations du SROS, il est possible d'identifier les processus de prise en charge de populations ou de pathologies à privilégier. L'étude de ces processus, depuis la prise en charge initiale jusqu'aux transmissions à un partenaire externe, requière le regard de compétences multiples : médecins, pharmaciens, infirmiers, psychologues, personnel de rééducation ou du service social. Lorsque tous les métiers participent à la réflexion, à chaque étape, chacun apporte sa contribution pour identifier les priorités et les risques. Une telle démarche assure que la prise en charge s'adapte, tout au long du parcours de soins, à la demande et aux besoins du patient, du fait de la contribution à la réflexion de toutes les compétences impliquées.

Initier la réflexion à partir du parcours du patient est aussi un moyen de dépasser les logiques de pôle ou les logiques organisationnelles qui peuvent limiter la créativité. Pour nous, il est préférable de les intégrer dans un second temps pour s'assurer d'aller jusqu'au bout de la logique de parcours de soins, avant de revenir au principe de réalité dans la phase tactique et opérationnelle. Ainsi, les principes et orientations définies en première intention, à partir de l'étude des parcours souhaités, servent de socle organisateur de la décision et de l'action.

Enfin, c'est une opportunité de créer une articulation entre les métiers du soin et du lien entre la CME et la CSIRMT qui deviennent les instances de co-pilotage d'un projet partagé.

### **3.1.4 Promouvoir la démocratie sanitaire**

La démocratie sanitaire recouvre « tant l'approche individuelle, de façon à ce que la volonté de la personne soit respectée dans l'accès à l'information, le consentement, l'accès au dossier médical ou la réparation des accidents médicaux, que l'approche collective, qui envisage, notamment, la participation des usagers dans les instances de santé »<sup>82</sup>. Pour

---

<sup>82</sup> Conférence Nationale de santé, juin 2009, *Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé*, préface



Strauss (1992), l'acteur central des établissements de santé ne serait plus « l'expert » (le médecin, les soignants) mais le malade, et le centre géographique serait le domicile du patient et non plus l'hôpital<sup>83</sup>. Nous considérons que la contribution des usagers et de leurs représentants (valeur finale des processus) constitue un point de ralliement entre les gestionnaires et leurs contraintes financières, les médecins et leur autonomie d'action et les soignants et leur qualité de vie au travail.

Au niveau des instances, en particulier la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), le DS n'est pas un membre de droit<sup>84</sup>. Pourtant, il est le plus souvent invité<sup>85</sup> à l'ensemble de la séance ou sur des points particuliers. Pour lui, c'est une occasion d'entendre les attentes et les insatisfactions, sur la base des enquêtes de satisfaction, des réclamations et des plaintes et du rapport annuel présentant les propositions. Il peut ainsi compléter sa représentation de la qualité des soins et valoriser les débats de la CRUQPC dans ses rencontres avec les personnels paramédicaux, médicaux et administratifs. Au-delà, il peut se saisir des demandes des représentants des usagers pour les inscrire dans le projet de soins ou dans le plan d'action de la CSIRMT. C'est une façon de promouvoir la CRUQPC comme instance de dialogue et de promouvoir une vision de la prise en charge qui associe les compétences scientifiques et les compétences profanes des citoyens.

Au niveau des services de soins, il peut encourager les initiatives comme la création d'espaces d'échanges tant au niveau transversal (maison des usagers, éducation thérapeutique), qu'au niveau d'un service (intervention des associations de malades, groupes de parole) et au niveau individuel (valorisation du recueil de données, des entretiens infirmiers et de la participation du patient). Ainsi, il contribue à la rencontre de deux réalités, celle des professionnels et celle des patients, qui doivent se rejoindre dans une relation thérapeutique porteuse d'alliance et de satisfaction de toutes les parties.

Nous avons abordé les relations et le positionnement du directeur des soins avec les principaux partenaires de la gouvernance en faisant des propositions qui contribuent au décloisonnement. Les propos qui suivent ont pour objet de favoriser la création d'une orientation et d'une vision partagée, par les cadres, qui dépassent les logiques de pôles.

---

<sup>83</sup> Anselm STRAUSS, opus cité, p.28

<sup>84</sup> Art. R. 1112-81 du code de santé publique

<sup>85</sup> EHESP, Module Interprofessionnel de santé Publique 2015 *Participation des usagers et analyse du fonctionnement des CVS et des CRUQPC au sein des établissements*, Annexe n°6

## 3.2 Création de sens et mobilisation des ressources

L'analyse nous a permis de dégager des leviers de la performance partagés par les deux CGS : le management par projet et le management situationnel. Nous apporterons une attention plus particulière sur l'investissement dans le développement des espaces d'autonomie des cadres et le développement de leurs compétences, en favorisant leur contribution aux décisions et en développant leurs aptitudes à la négociation.

### 3.2.1 Manager par projet pour faire émerger une « charte de référence »

Le projet est « la charte de référence qui va inspirer l'action, qui consigne surtout des finalités, des valeurs régulatrices sur lesquelles il doit y avoir consensus »<sup>86</sup>. JP Boutinet (1990) différencie le "projet visée", qui s'inspire de l'histoire et des valeurs des acteurs, du "projet programmatique", qui précise les objectifs à atteindre et les actions à réaliser. « Le "management par projet" désigne le choix fait de manager sous la forme de projet un ensemble significatif d'activités innovantes qui doivent déboucher sur un produit spécifique, livré à un client identifié, dans un délai donné et à un coût objectif fixé. »<sup>87</sup>. De plus le management par projet est porteur de sens. Donner du sens, c'est répondre à la question « pour quoi ? ».

Certes, les projets hospitaliers portés par la direction sont la déclinaison d'objectifs de la politique de santé<sup>88</sup>, mais cela n'est pas contradictoire avec le fait de les formaliser dans la concertation avec l'encadrement et/ou les experts du domaine de l'institution. Le but est que les responsables de la mise en œuvre soient à même d'expliquer à tous les personnels impliqués les causes, les finalités et la signification avant de décliner les étapes. Ces précisions donnent une valeur au changement qui peut compenser la peur de l'inconnu.

Une des missions du DS est de définir le projet de soins. Ce projet peut constituer « un guide d'action, un étalon qui permet de porter un jugement, un modèle qui oriente l'action »<sup>89</sup>. Il constitue en quelque sorte une règle, dont le directeur des soins est porteur. Mais pour garantir l'impact du projet sur la dynamique du groupe paramédical, il doit représenter un projet collectif fondé sur une participation ayant impliqué des périodes de confrontation des valeurs des acteurs. Pour ce faire, le DS doit mobiliser ses compétences pédagogiques et méthodologiques pour développer une culture de l'écoute et de la réflexion collective. Il permet ainsi à chacun de prendre conscience d'objectifs communs, tout en accompagnant les éventuelles désillusions liées aux réalités institutionnelles.

---

<sup>86</sup> Jean Pierre BOUTINET, 1990, *Anthropologie du projet*, Ed PUF, p.113

<sup>87</sup> <http://www.anact.fr/web/dossiers>

<sup>88</sup> Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, en avril 2014, fixe par exemple l'objectif dès 2016 d'une opération sur deux réalisée en ambulatoire

<sup>89</sup> Jean Daniel REYNAUD, 1997, *Les règles du jeu*. Ed Armand Collin, 342 pages, p.XVI

Une telle démarche, qui organise le débat pour que chacun reconnaisse et apprenne des logiques et des valeurs des autres, constitue les conditions de la constitution d'une identité collective. En outre, elle peut renforcer le sentiment d'appartenance autour de la mission princeps du soin et favoriser la préservation de valeurs de solidarité et de confiance. En fait, elle crée des liens entre l'ensemble des personnels paramédicaux et leur confère une appartenance et un socle de référence.

### **3.2.2 Adopter le management situationnel<sup>90</sup>**

Comme nous l'avons constaté lors de l'observation des CGS, le management situationnel propose d'exercer des styles de management personnalisés pour favoriser le développement de l'autonomie, des responsabilités et des espaces de liberté des collaborateurs. Les directeurs des soins observés avaient une bonne connaissance des compétences de leurs collaborateurs paramédicaux ce qui facilitait leurs interventions au niveau individuel avec, tantôt un apport méthodologique, tantôt une incitation à prendre une initiative, tantôt une délégation de projet ou encore une élaboration en commun. L'adaptation s'opérait en fonction des personnes mais aussi en fonction des contextes car l'autonomie est un processus complexe ambigu et toujours en devenir.

Pour ce faire, le directeur des soins doit être capable d'adopter tous les styles de management depuis le style directif en passant par le style incitatif et participatif et jusqu'à la délégation. Il se trouve ainsi parfois dans une posture relationnelle de soutien, d'autres fois il représente un guide méthodologique ou encore il adopte la délégation complète tout en organisant un suivi à distance. Pour nous aider dans cette démarche, de définition des champs de responsabilité partagés et des champs d'autonomie, adaptée au contexte et aux acteurs, nous utiliserons la carte des styles de management (cf. annexe n° VI). De plus, nous avons élaboré un outil de support au dialogue et à la clarification des relations entre le DS et les cadres de pôle et entre le cadre de pôle et les cadres (cf. annexe n° VI bis).

Le management par projet concerté est donc porteur de sens et de mobilisation des acteurs et associé à un management individualisé, valorisant les ressources humaines, il est favorable au développement d'une relation de confiance. Or, c'est grâce à celle-ci que les CGS observés recueillaient quotidiennement les informations indispensables à une bonne connaissance des réalités des services. De plus, l'ensemble de ces leviers est reconnu comme contributif de la performance dans un rapport de l'IGAS de 2012<sup>91</sup>. Au-delà, il est précisé dans ce rapport, que la culture du management d'un établissement a un impact direct sur l'attractivité pour les meilleurs professionnels. Pour aller plus loin, dans le développement de la confiance, il y a lieu d'impliquer les cadres dans les décisions.

---

<sup>90</sup> Dominique TISSER, 1998, *Management situationnel*, Ed INSEP

<sup>91</sup> Rapport IGAS 2012, *Management et efficacité hospitalière*

### **3.2.3 Organiser la participation des cadres aux décisions**

« Une politique de management visant à reconnaître et valoriser les compétences des cadres de santé de proximité, pour conforter leur positionnement dans l'organisation hospitalière, est indispensable. Une telle politique se doit d'encourager le cadre de proximité à s'engager dans une dynamique de développement de ses compétences et de l'amener à faire évoluer son champ de décision »<sup>92</sup>. C de Singly fait, à ce propos, plusieurs propositions dont la n°2 qui est de « rendre effective la participation des cadres aux décisions qui concernent leurs domaines de responsabilité »<sup>93</sup>.

La contribution des cadres de santé aux décisions doit constituer un véritable enjeu afin que les participants aient intérêt à mobiliser leurs ressources. Les missions et les limites doivent être suffisamment claires, ainsi que les modalités de validation des décisions finales, pour rendre visible l'articulation entre la hiérarchie horizontale et verticale, dont les instances. Les cadres de pôle, les praticiens et les CDS ont une responsabilité au niveau tactique et au niveau opérationnel. Ils reprennent les objectifs et les plans d'action pour les adapter aux spécificités de leurs services, de préférence en concertation avec les membres des équipes. Ils participent également aux processus décisionnels dans le cadre de groupes de travail transversaux, par exemple, sur les modalités de déploiement du dossier patient informatisé ou encore sur des projets stratégiques de développement de l'ambulatoire. Le DS doit soutenir ces démarches en manifestant sa confiance et son soutien dans les orientations prises.

C'est également de la responsabilité du DS de définir avec les autres directions le champ d'autonomie des cadres et leur niveau d'intervention dans les projets. En effet, ce sont eux qui ont la meilleure connaissance des besoins et des impacts des décisions. Il s'agit à nouveau d'organiser la mise en place d'espaces de dialogue et de rencontres de logiques différentes, mais avant tout complémentaires. Le DS doit donc chercher « le bon réglage » entre délégations de gestion et logiques transversales, et entre le projet managérial du directeur général et les besoins des cadres.

### **3.2.4 Développer la culture de la négociation auprès des cadres de pôles**

L'analyse nous a montré que les cadres de pôles ne forment pas toujours un groupe inscrit dans une dynamique de coopération vers un but partagé. Le DS a un rôle dans l'accompagnement des cadres vers une culture de la négociation, condition préalable au développement d'une dynamique de groupe constructive. Pour Strauss (1992, p.191), une

---

<sup>92</sup> Christelle RIZZOLATTI, Gestion hospitalières n°503 février 2011, *La participation du cadre de santé de proximité à la décision stratégique*, p. 96

<sup>93</sup> Chantal de SINGLY, rapport au ministre de la santé et des sports, présenté par le 9 septembre 2011 : *Mission Cadres Hospitaliers*

direction qui délègue, tolère l'individualité, favorise les compromis et se définit comme médiateur, favorise le recours à la négociation et permet aux acteurs de l'organisation de faire preuve de créativité au service de l'intérêt collectif. Le DS peut donc appliquer ces principes en accordant sa confiance et en proposant des projets et des activités variées. A lui également de valoriser les réalisations des travaux des groupes et des équipes, pour renforcer l'engagement des acteurs, à partir des supports de communication existants dans l'institution ou dans les revues professionnelles.

Ainsi, la délégation du suivi des axes du projet de soins, ou du projet de formation aux cadres supérieurs peut contribuer à nourrir une culture de la négociation. Les CSDS se trouveraient de fait associés dans la mise en œuvre du projet. Ils seraient également rivaux puisqu'ils poursuivraient des objectifs similaires dans un contexte contraint (ex : disponibilité des personnels). Mais pour Alter, *coopération et concurrence* vont de pair, l'articulation de ces deux dimensions est rendue possible par le caractère collégial des décisions. « La concurrence permet donc de préserver un lien social coopératif sans pour autant empêcher les acteurs d'en tirer un avantage individuel »<sup>94</sup>.

Pour dépasser les conflits d'intérêts et limiter leur impact sur les relations entre les membres du groupe, le DS doit savoir faire référence aux principes ou valeurs qui auront pu être partagés à l'occasion d'autres situations.

Par exemple, pour ce qui concerne la répartition des ressources humaines, le DS s'appuie sur des outils d'analyse des charges de travail afin d'assurer l'équité entre les pôles et entre les unités. Dans ce cadre, il peut être amené à énoncer les contraintes des uns et des autres pour les rendre visibles à tous et objectiver les faits pour permettre à chacun de se distancier de sa propre réalité. Il peut utiliser les méthodes du "Lean management" en mettant autour de la table les cadres ayant des zones de collaboration conflictuelles pour que chacun sache ce que l'autre fait, en quoi et où on a besoin les uns des autres. Cela crée ou recrée de la relation qui améliore la productivité, notamment en encourageant les acteurs à "agir avec zèle" pour fluidifier les interfaces entre les fonctions. Ces méthodes ont un impact sur le renforcement de valeurs telles que la solidarité et le respect mutuel, valeurs indispensables à la continuité des processus de prises en charge.

Ainsi, nous tenterons de créer les conditions de la constitution d'un groupe de cadres de pôles associés dans la poursuite des objectifs de la direction des soins. Pour finir, en ce qui concerne le développement des compétences des cadres, nous proposerons des actions en vue d'améliorer les pratiques de management.

---

<sup>94</sup> Norbert ALTER, opus cité p.63

### 3.2.5 Contribuer à l'amélioration des pratiques de management

Pour ce qui concerne les cadres, l'organisation de temps d'échanges sur les pratiques de management dans le cadre de la formation continue où entre pairs peut donner l'occasion de mettre une pensée sur l'action et d'apprendre ensemble. Nous serons donc vigilants à inscrire dans le plan de formation, un axe dédié à l'échange de pratiques pour les cadres. De plus, il nous semble essentiel, pour attirer les meilleurs professionnels et aussi pour les garder, de s'inscrire dans une dynamique d'entreprise apprenante. D'après Senge (1990) « Les organisations apprenantes sont des organisations où les gens développent de façon continue leurs capacités à créer les résultats qu'ils souhaitent, où de nouveaux modèles de pensées émergent, où les aspirations collectives sont libérées et où les gens apprennent en permanence à apprendre ensemble »<sup>95</sup>.

Outre le travail sur les compétences individuelles et collectives, le DS doit également penser à organiser et faciliter l'ergonomie du travail des cadres en négociant avec les autres directions. Les outils de gestion du personnel, de planification des roulements, l'organisation des espaces des services, la mise à disposition de salles de réunions, de maquettes de formalisation des documents, etc... sont autant de domaines contributifs de l'amélioration des conditions de travail des cadres et donc de leur performance. Le DS peut ainsi faire en sorte que l'expression des besoins des cadres se traduise dans les outils mis à leur disposition par les services supports.

Enfin, le DS doit organiser un dispositif d'évaluation qui rende visible à tous sa politique de valorisation des compétences. Tout d'abord en étant « attentif aux mécanismes sociaux de l'émergence d'acteurs nouveaux, en favorisant l'expression individuelle en groupe (et) la rotation des fonctions »<sup>96</sup>, il peut repérer des potentiels, enrichir les parcours professionnels et aussi assurer le renouvellement de l'organigramme des cadres. Ensuite, l'évaluation des cadres peut être l'occasion d'un échange basé sur un questionnement des domaines de compétences clés et des potentiels d'évolution, en complément des objectifs fixés dans le cadre des contrats de pôle. Nous proposons un outil qui accompagne la réflexion individuelle et le dialogue avec le supérieur hiérarchique (cf. annexe n° VII).

En fait l'ensemble des propositions faites ci-dessus peuvent représenter les axes de la politique managériale du directeur des soins tout en renforçant son rôle de « passeur de frontières ». L'intérêt de la démarche<sup>97</sup> est de favoriser la créativité et l'innovation en mobilisant l'ensemble des ressources et potentiels des équipes d'encadrement. Mais, ce

---

<sup>95</sup> Cité par Daniel BELET, 2003, *Devenir une vraie entreprise apprenante*, Ed Organisations p.46

<sup>96</sup> François-Xavier SCHWEYER, cours EHESP DS 2015, *Sociologie de l'hôpital et de l'action collective*

<sup>97</sup> Chantal de SINGLY, rapport cité, proposition n°9 : rendre obligatoire l'identification d'un projet managérial comme une des composantes du projet d'établissement afin de préciser les engagements de l'établissement en matière de politique de l'encadrement

projet managérial ne peut représenter qu'un guide à adapter en fonction de la culture de management de l'établissement et qui doit être négocié avec le directeur général et le directeur des ressources humaines.

La mission de développement des compétences des cadres doit être combinée avec une autre mission, celle de garantir des prestations de qualité dans un contexte contraint.

### **3.3 Gestion de la performance par le directeur des soins**

Dans les établissements observés, les tableaux de bord suivis étaient essentiellement tournés vers une efficacité de gestion économique eu égard aux contraintes financières. Pourtant, l'esprit de la loi engage les acteurs stratégiques à prendre en compte d'autres indicateurs notamment ceux relatifs à la qualité et la sécurité des soins. Le directeur des soins peut contribuer au maintien de l'équilibre entre les différents types d'indicateurs suivis. Compte tenu de l'impact de l'approche processus sur la performance, nous aborderons maintenant comment contribuer à l'appropriation de la démarche, par les personnels dépendants de la direction des soins, avant de proposer de suivre des indicateurs complémentaires de ceux suivis dans les établissements étudiés et de proposer une trame de rapport d'activité traductrice du projet de soins et intégrative des différents éléments abordés dans cette étude.

#### **3.3.1 Renforcer la culture de l'analyse des processus et du suivi d'indicateurs**

Comme nous l'avons vu, la réflexion en équipe pluri professionnelle, à partir de l'étude des processus, crée une orientation, un alignement et un engagement au-delà des frontières en réduisant les différences qui séparent habituellement les acteurs institutionnels. De plus, un des coordonnateurs interrogé a évoqué sa volonté de davantage travailler, avec les cadres de pôles, à partir de tableaux de bord d'indicateurs.

Compte tenu de l'implication de DS dans l'amélioration de l'efficacité des organisations, depuis l'identification des processus clés ou critiques en passant par leur analyse jusqu'aux décisions, le DS doit contribuer au développement des compétences des cadres dans ce domaine. Dans un premier temps, il peut évaluer les méthodes d'analyse employées dans l'établissement. En fonction de cette évaluation et de l'implication des cadres dans la démarche qualité, le DS doit adapter sa stratégie. Il peut, par exemple, en concertation avec le directeur qualité, organiser des formations collectives suivies de mises en pratique. Ainsi, le DS soutiendra et encouragera la mise en place de projets d'amélioration qui s'appuient sur une démarche par processus garantissant d'une part, la prévention des risques et d'autre part, l'implication de l'ensemble des membres des équipes pluriprofessionnelles.

Dans le cadre des contrats de pôle, eux-mêmes inscrits dans les objectifs institutionnels, des indicateurs sont suivis mais il y a lieu de s'assurer qu'ils servent de support à une réflexion proactive dans les bureaux de pôle et entre les cadres de pôle et les CDS. Pour ce faire, le DS peut impulser une dynamique qui se répercute secondairement dans les pôles. Il est possible d'utiliser des tableaux de bord qui mettent en lumière les différentes facettes de la réalité des ressources paramédicales et qui soient discutés soit de façon collégiale, soit de façon individuelle entre le DS, les cadres et les chefs de pôles.

	Effectifs permanents	Effectifs requis	Effectifs rémunérés avant absence	Absence : maladie	Absence Formation	Heures supplémentaires	Absences non compensées	Effectif total rémunéré
<b>IDE</b>								
<b>AS</b>								
<b>ASH</b>								
<b>Total</b>								

*Tableau n° 3 : Tableau de bord mensuel de suivi RH par pôle<sup>98</sup>*

Service	Nombre de lits	Nbr lits occupés	Ratio IDE	Ratio AS	Ratio ASH	Ratio total	Ecart/Cible
Médecine							
Cardiologie							
Neurologie							
.....							

*Tableau n°4 : Tableau de bord annuel quantitatif et qualitatif des effectifs par pôle*

Le DS, en fonction du positionnement des autres acteurs, définira des objectifs cibles, en se référant à des arguments garantissant une équité explicite entre les pôles. Il peut aussi utiliser des outils d'évaluation de la charge de travail pour soutenir une démarche de mutualisation et d'adaptation des effectifs qui soit comprise par tous. La mise en place de ce suivi suppose que le DS ait défini une méthodologie partagée avec le DRH et les bureaux de pôle. Pour cela, suite à une expérience de stage, nous pensons que la mise en place d'une formation commune entre les deux directeurs, les attachés RH et les cadres de pôle est l'occasion de définir une méthode et le niveau de contribution de chacun des acteurs.

### **3.3.2 Assurer une veille sur les indicateurs relatifs aux processus de soins**

La responsabilité du directeur des soins est particulièrement engagée dans la gestion des risques associés aux soins. Un cadre supérieur interrogé a même précisé que pour elle, il s'agit d'une priorité pour le DS. Le DS doit assurer une veille sur le déroulement des processus pour identifier les risques et alerter les différents responsables.

<sup>98</sup> Jean René LEDOYEN, cours EHESP DS 2015, *Dimensionnement des effectifs et organisation des activités*



De nombreux outils d'aide sont mis à disposition par la HAS. Le premier est le manuel de certification qui sert de guide au diagnostic initial. Le second est le compte qualité dans lequel le suivi de différents thèmes est reporté. Les thématiques obligatoires, et qui concernent particulièrement le DS, sont : la qualité de vie au travail, le management et la gestion de la qualité et des risques, la gestion du risque infectieux, le parcours du patient, la prise en charge (PEC) de la douleur, la PEC des patients en fin de vie, la gestion du dossier du patient, l'identification du patient, la PEC médicamenteuse ainsi que des thématiques en fonction des activités de l'établissement. En outre, la HAS développe, avec l'ANAP, des programmes d'actions en vue d'identifier des indicateurs de processus et de résultats pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité d'éléments clés du parcours du patient<sup>99</sup>. Enfin, les IPAQSS sont obligatoires recueillis et soumis à diffusion publique<sup>100</sup>.

Le directeur des soins a donc à sa disposition à la fois des outils et des guides d'analyse éprouvés. A lui de s'en saisir pour en débattre avec les responsables concernés dans chaque domaine. Son rôle est alors d'assurer l'existence d'une dynamique continue d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans les pratiques des cadres. Par ailleurs, la lecture quotidienne des déclarations d'événements indésirables est une source non négligeable d'identification des facteurs de risques de « non qualité ».

Là aussi, le DS peut jouer son rôle de passeur de frontière puisqu'il met en lien des obligations réglementaires avec les réalités des organisations. Pour cela, il doit partager les points critiques mis en lumière en demandant qu'ils soient mis à l'ordre du jour du CODIR, des réunions de pilotage ou des réunions avec les cadres de pôle. Ainsi il assure plusieurs fonctions :

- Une fonction de direction, en participant à la clarification des objectifs ;
- Une fonction d'intégration, en récupérant les différentes informations auprès des directions (cela suppose un SIH performant) ou sur les sites internet dédiés (ex : scope santé) ;
- Une fonction de communication, en diffusant les résultats et en dialoguant avec les différents acteurs ;
- Et une fonction d'apprentissage pour l'organisation, en identifiant les écarts et les améliorations à apporter.

L'ensemble de ces fonctions peut trouver sa traduction dans la formalisation du rapport annuel des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

---

<sup>99</sup> HAS, décembre 2014, note de cadrage sur la chirurgie ambulatoire, Axe 5 : indicateurs, suivi et évaluation.

<sup>100</sup> Les IPAQSS concernent selon les activités: le dossier patient, le dossier anesthésique, la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde, la prévention et la prise en charge de l'hémorragie post-partum, la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral et la qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques

### **3.3.3 Traduire la politique de soins dans le rapport annuel d'activité**

Dans les établissements étudiés, le rapport d'activité des directions des soins était pour le premier, non réalisé, et pour le second, présenté sous forme de synthèse en deux pages. Pour nous, il manquait un outil de suivi, de régulation et de valorisation des activités conduites. Nous avons abordé dans cette troisième partie un ensemble de principes favorisant la posture de « passeur de frontières » du directeur des soins. Pour rendre cette posture visible, il nous semble que le rapport annuel d'activité peut jouer un rôle intégrateur des éléments de la politique de soins.

Le rapport d'activité est un compte rendu sur une période donnée, des activités analysées et commentées d'un service ou d'un établissement. Pour la direction des soins, il met en vie et constitue une mémoire de sa politique et du suivi de ses projets. Il aide à la valorisation des acteurs, professionnels de santé habilités à donner, gérer et ou enseigner la prestation de soins et confirme les valeurs communes.

Les finalités de ce rapport sont pour nous de piloter et valoriser les activités de soins paramédicales en les rendant visibles, de renforcer les valeurs portées par la direction des soins, de suivre les évolutions relatives à la politique de soins et de recentrer le projet sur les priorités. C'est, en outre, un moyen de mettre en lien la stratégie de l'établissement avec les réalisations et les projets. Enfin, c'est aussi un outil de communication avec et entre les différents partenaires :

- Pour les agents, il représente une valorisation des réalisations qui peut contribuer à la motivation, au renforcement de l'engagement et à la satisfaction au travail ;
- Pour les cadres, c'est un support de management avec les agents et de dialogue avec le DS et les médecins, c'est aussi un moyen de créer une émulation par le partage des réalisations entre cadres ;
- Pour l'équipe de direction, le président de la CME et les représentants des personnels, c'est un support de dialogue et d'argumentation du DS ;
- Pour les représentants des usagers, c'est un outil pédagogique de présentation des projets et de leur réalisation ;
- Enfin, pour les nouveaux arrivants, il représente un support de présentation des activités de la direction des soins dans lesquels le nouvel agent peut s'inscrire.

Le rapport d'activité doit être complémentaire des autres rapports, notamment ceux produits par les pôles et par les autres directions fonctionnelles. Ainsi, il ne nous semble pas utile de reprendre les indicateurs de structure ou de résultats intermédiaires. Notre attention se portera sur la dynamique continue au service de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il s'agit de décrire les réalisations en matière de collaboration et de changements produits. En effet, l'intérêt est de montrer que les résultats dépassent ceux que les différents

groupes professionnels auraient pu produire séparément. Car c'est la connexion<sup>101</sup> de groupes collaborant au-delà des frontières qui produit une orientation, un alignement et un engagement. Ainsi, nous proposons une trame de rapport d'activité qui réponde aux principes énoncés dans cette troisième partie (cf. annexe n° VIII).

Au terme de l'énoncé des repères d'actions, nous réalisons que nous avons abordé un ensemble de propositions qui répondent à une représentation de la performance qui combine un ensemble de facteurs que sont les compétences, les objectifs, les moyens, la motivation et l'environnement ( $P = C \times O \times M \times M \times E$ )<sup>102</sup>. L'enjeu, pour le DS, entre les contraintes qui limitent son champ d'action et sa responsabilité dans l'animation d'une dynamique managériale constructive et porteuse de sens, est que les contraintes soient davantage vécues comme des opportunités d'amélioration tant dans l'offre de soins et sa qualité que dans la qualité de vie au travail pour les personnels.

Pour cela, le DS doit s'employer à créer des « ponts » entre les dirigeants, par la définition commune de politiques et d'outils permettant l'alignement de toutes les énergies. Cette démarche horizontale a un impact vertical puisque les éléments définis deviennent les supports de dialogue entre les directeurs et les bureaux de pôles et entre ces derniers et les cadres de santé et les médecins responsables de services.

---

<sup>101</sup> Ernst, Wong et Yip, 2008 : Une connexion est un lieu de rencontre au-delà des frontières

<sup>102</sup> Francis MINET, Cours Ecole Supérieure Montsouris, Maîtrise gestion santé 2003/2004

## Conclusion

Depuis les années 1980, la politique de santé doit faire face à trois défis que sont : la maîtrise des dépenses, la cohésion sociale et la compétitivité économique. Les lois de santé donnent l'impulsion aux établissements et les agences nationales proposent des outils d'accompagnement. Dans cet environnement contraint, un établissement de santé « doit être en permanence en capacité de mobiliser les personnels hospitaliers sur des projets construits ensemble, dans l'intérêt du service rendu au malade, d'anticiper les évolutions et de s'inscrire dans l'équilibre général du système de santé »<sup>103</sup>.

Pour manager les changements, les établissements développent l'analyse des processus tant pour les processus de soins que pour les processus supports. Cette démarche de plus en plus partagée par l'ensemble des acteurs devient un outil de débat propice à la co-construction des décisions. Ces démarches sont complétées par l'identification d'indicateurs pour assurer un suivi et une évaluation de l'impact des actions conduites qui touchent un bien fondamental le droit à la santé<sup>104</sup>. Il ne s'agit pas seulement de savoir ce que l'on fait vraiment mais aussi comment on le fait, avec quelles ressources, qui en bénéficie et avec quel niveau de qualité.

Le directeur des soins, responsable de l'organisation et partie prenante dans leur qualité, leur sécurité et leur pertinence, doit porter une attention particulière à l'optimisation du parcours de la personne soignée. Légitimé dans son rôle de coordonnateur depuis 2002, il peut limiter les clivages en organisant la contribution des différents professionnels médicaux, administratifs et soignants, ainsi que des usagers, aux projets et les fédérer en valorisant leurs complémentarités. Il doit être conscient des risques de perte de sens, pour les personnels, dans la juxtaposition d'indicateurs et d'actions si ceux-ci sont, de surcroît, uniquement reliés à la seule contrainte financière<sup>105</sup>. Pour cela, il doit porter les valeurs définies collectivement dans le projet de soins tant pour le management que pour le projet de soins. Il doit également se montrer disponible pour répondre aux interrogations multiples, afin de tenter de construire des liens visibles entre les différentes contingences et favoriser l'émergence d'une vision partagée.

Sa position dans la gouvernance lui confère un rôle de « passeur de frontières ». Ce rôle réinterroge toute son activité dans des contextes différents (l'établissement : sa taille, ses

---

<sup>103</sup> Rapport IGAS 2012. *Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants*

<sup>104</sup> Constitution de l'OMS (1946) : " Bénéficiaire du plus haut standard possible de santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain.....". Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (1948) : article 25

<sup>105</sup> Rapport Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) 2012, *Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants*, pp.41-42

ressources, ses contraintes, sa culture) et changeants (mouvance des lignes hiérarchiques de la gouvernance, développement des coopérations). Mais, sa fonction a aussi des invariants qui constituent des repères à investir pour préserver l'équilibre entre les impératifs de gestion, de satisfaction des personnels et de satisfaction des usagers : le projet de soins, la politique de management et le rapport annuel des activités.

Dans quelques mois, nous serons en position de porter la politique de soins d'un établissement de santé. Cette analyse nous aura permis de mieux appréhender l'impact d'un management cohérent par projet qui, associé à des valeurs de confiance, renforce la légitimité de la fonction de directeur des soins tout en contribuant à une dynamique constructive. En l'absence d'une connaissance fine de l'institution, nous saurons mobiliser les ressources internes pour éclairer les situations et aussi, mobiliser cette expérience et les expériences antérieures pour identifier les priorités et les leviers.

Notre stratégie de prise de fonction reposera sur l'analyse de la situation de l'établissement en plusieurs étapes, tout en assurant la continuité des missions de la direction des soins.

Dans un premier temps, nous pourrions recueillir les informations à partir du tableau utilisé pour l'enquête de terrain. Ainsi, au fil des premiers entretiens auprès de nos collaborateurs, nous réaliserons un diagnostic des données stratégiques, des priorités pour l'établissement, du mode de pilotage et de prise de décision ainsi que des outils de suivi de la performance. Nous évaluerons également les ressources en compétences, notamment celles de l'encadrement paramédical et nous nous intéresserons aux étapes clés de l'histoire ayant marquées les esprits des personnels. La synthèse prendra la forme d'un "swot"<sup>106</sup> présentant les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces.

Dans un second temps, nous nous engagerons progressivement dans l'évaluation du projet de soins en cours avec l'ensemble de l'encadrement. Cela nous permettra de définir conjointement la fréquence, les modalités de rencontres et les champs de responsabilités respectifs. Parallèlement, nous travaillerons avec le directeur des ressources humaines, le directeur qualité et le président de la CME pour organiser notre collaboration.

Enfin, notre entretien d'évaluation sera l'occasion de réaliser un bilan de positionnement au regard des repères d'action énoncés dans cet écrit.

Nous sommes déjà au fait du projet de constitution d'une communauté hospitalière de territoire début 2016. Alors, comment pourrions-nous traduire le rôle de « passeur de frontières » du directeur des soins dans les coopérations hospitalières ?

---

<sup>106</sup> En anglais : Strengths (Forces), Weaknesses (Faiblesses), Opportunities (Opportunités) et Threats (Menaces)

---

## Sources et Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale 2015
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale

### Ouvrages

- ALTER N, 2010, *Donner et Prendre*, Ed la Découverte, 225 p.
- AUBERT N, GRUYERE JP, JABES J, LAROCHE H, MICHEL S, 1992, *Management : Aspects humains et organisationnels*, Ed PUF Fondamental, 633 p.
- BARTOLI A, BLATRIX C, 2015, *Management dans les organisations publiques*, Ed Dunod 4ème édition, 351 p.
- BELET D, 2003, *Devenir une vraie entreprise apprenante*, Ed Organisations, 217 p.
- BERNOUX P, 1985, *La sociologie des organisations*, Ed du Seuil, 378 p.
- BOURDIEU P, 2001, *Science de la science et réflexivité*, Ed Raison d'agir, 240 p.
- BOUTINET JP, 1990, *Anthropologie du projet*, Ed PUF, 303 p.
- CLAVERANNE JP, PASCAL C, 2004, *Repenser les processus à l'hôpital : Une méthode au service de la performance*, Médica Editions, 242 p.
- FERMON B, GRANDJEAN P (sous la direction de), 2015, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Ed DUNOD, 456 p.
- LENHARDT V, 1992, *Les responsables porteurs de sens*, Ed Insep, 436 p.
- MOREL C, 2002, *Les Décisions absurdes*, Ed Gallimard, 297 p.
- NOBRE T (sous la direction de), 2013, *L'innovation managériale à l'hôpital*, Ed Dunod, 289 p.
- REYNAUD JD, 1997, *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*. Ed Armand Collin, 342 p.
- SAINSAULIEU R, 1995, *Sociologie de l'entreprise*, Ed Presse sciences Po, 480 p.

- STRAUSS A, par Isabelle BASZANGER, 1992, *La trame de la négociation*, Ed L'HARMATTAN, 300 p.
- SAINT SERNIN B, PICAVET E, FILIEULE R, DEMEULENAERE P (sous la direction de), 1998, *Les modèles de l'action*, Ed PUF, 188 p.
- TISSIER D, 1988, *Management situationnel*, Ed Insep, 185 p.
- THIETART R.A, *Le Management. Que sais-je ?*, 128 p.

## Articles de périodiques

### Support papier

- ROUTELOUS C, LAPOINTE L, VEDET I, juillet 2014 Vol 32, « Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de collaboration pluridisciplinaire en médecine », *Journal de gestion et d'économie médicales*, pp.481-499
- Gestions hospitalières
  - ✓ CLAUSSE-DURIF C, février 2011 n°503, « Directeur des soins : un corps professionnel en évolution », pp. 105-114
  - ✓ COUDRAY MA, janvier 2006 n°452, « Le management à la croisée des chemins », pp.17-22
  - ✓ HERBE C, décembre 2012 n°521, « Une gouvernance rénovée : L'exemple du centre hospitalier de Mulhouse », pp. 612-615
  - ✓ JOVIC L, BARBIER M, LEGOURD B, octobre 2002, n°419, « L'infirmière générale et la prise de décision », pp. 610-622
  - ✓ RIZZOLATTI C, février 2011 n°503, « La participation du cadre de santé de proximité à la décision stratégique », pp.95-104

### Revue Française de gestion, Ed Lavoisier, 2012, La fabrique de la décision

- ✓ GERMAIN O, LACOLLEY JL, « La Décision existe-elle ? » pp. 47-59
- ✓ HENRIOT J, « Prendre une décision dans une situation ambiguë », pp.129-146
- ✓ JOURNE B, RAULET-CROSET N, « La décision comme activité managériale située », pp. 109-128
- Revue Française de Santé Publique, Juillet Aout 2008 n°4, Dossier « La décision en santé publique »
  - ✓ GREMY F, « De quelques dimensions éthiques et philosophiques de la décision en santé publique », pp. 327-339
  - ✓ TABUTEAU D, « La décision en santé », pp.297-312
- Revue Soins Cadres,
  - ✓ SVANDRA P, février 2008 n°65, « Penser le sens de son action », pp. 31-33

### Support électronique

- ✓ HEMERY P, 13 Aout 2015, « Le patient peut désormais donner et trouver un avis sur un hôpital en quelques clics », Hospimédia

- ✓ CORDIER C, 27 Aout 2015, « L'Anap et l'EHESP signent un partenariat pour diffuser une culture partagée sur la performance », Hospimédia

## Rapports et Guides

- Cour des comptes, communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'assemblée nationale, avril 2014 : *La dette des établissements publics de santé*
- Conférences hospitalières, rapport à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé 2014 : *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé*
- Conférence Nationale de santé, juin 2009 : *Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé*
- De SINGLY C., rapport au ministre de la santé et des sports, présenté par le 9 septembre 2011 : *Mission Cadres Hospitaliers*
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), rapport, collection études et statistiques 2013 : *Le panorama des établissements de santé*
- Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) juillet 2011 : *Enquête nationale gouvernance hospitalière*
- Ecole des Hautes Etude de Santé publique (EHESP) 2011 mis à jour décembre 2014 : *Référentiel de compétences des directeurs des soins*
- Fonction Publique Hospitalière : *Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie*
- Haute Autorité de Santé (HAS) janvier 2014 : *Manuel de certification des établissements de santé V2010*
- Haut Conseil de Santé Publique 2008, M. DURIEZ, P. LARCHER, JM. VINAS : *Réseaux de santé et filières de soins : le patient au centre des préoccupations*
- Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) 2012, rapport : *L'hôpital*
- IGAS, 2012, rapport : *Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants*
- IGAS 2010, rapport : *La mise en place des pôles : une réorganisation novatrice qui ne s'est pas faite sans difficultés*
- Ministère de la santé et des sports, ANAP et CNEH : *La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre*
- Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, dossier de presse, 20 novembre 2002 : *Plan « hôpital 2007 » présentation des mesures*



## Mémoires et travaux

- BUISSON T, 2008, *Le tableau de bord : instrument de pilotage pour le directeur des soins*, Mémoire Directeur des soins, ENSP, 35 p.
- CAMPELL.M, ERNST. C, YIP. J, 2012, *Leadership sans Frontières : Point de vue des dirigeants sur un enjeu critique*, Résumé d'une étude du Center for Creative Leadership
- CHALVIN. P, CHICHE. A, De CORBIERE. J, DIVERCHY. MF, GAZELLE. M, GUINGOIN. G, MARIE-ANNE. F, MEUR. A, VINS. C, 2015, *Participation des usagers et analyse du fonctionnement des CVS et des CRUQPC au sein des établissements*, Module Interprofessionnel de santé Publique (MIP), EHESP, 31 p.

## Interventions pédagogiques, EHESP, promotion DS 2015

- DOUSSOT-LAYNAUD CA., Enseignante EHESP : *Gestion budgétaire et financière des établissements de santé*
- LEDOYEN JR., Responsable de la formation des Directeur des soins : *Dimensionnement des effectifs et organisation des activités*
- LOUAZEL M., *Stratégie et hôpital : Management des Organisations de Santé*, Enseignant EHESP
- MOURIER A., Enseignant EHESP : *Gestion de production et management par les processus en établissement de santé*
- ORVAIN J., Enseignant EHESP : *Management des Organisations de Santé, Management de la qualité et Organisations Nécessitant une Haute Fiabilité, Les essentiels : Processus d'action*
- ROBIN-SANCHEZ N., Enseignante EHESP : *Gestion des ressources humaines et Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences*
- SCHWEYER FX., Sociologue : *Sociologie de l'hôpital et de l'action collective*

## Sources internet

- <http://www.anap.fr/l-anap/qui-sommes-nous/> consulté le 20 juillet 2015
- <http://www.has-sante.fr/portail/> consulté le 20 juillet 2015
- <http://www.ars.xxxxxx.sante.fr/> consulté le 24 juillet 2015
- <http://www.atih.sante.fr/> consulté le 24 juillet 2015
- <http://www.scopesante.fr/> consulté le 24 juillet 2015
- <http://hospidiag.atih.sante.fr/> consulté le 27 juillet
- <http://www.participation-et-democratie.fr/> consulté le 27 juillet 2015
- <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/> consulté le 6 août 2015
- <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013> consulté le 9 août 2015
- <https://www.ined.fr/> consulté le 9 août 2015
- <http://www.anact.fr/web/dossiers> consulté le 12 septembre 2015

---

## Liste des tableaux

---

**Tableau n°1** : Description d'une décision des deux CGS

**Tableau n°2** : Schéma d'un dispositif d'action

**Tableau n° 3** : Tableau de bord mensuel de suivi RH par pôle

**Tableau n°4** : Tableau de bord annuel quantitatif et qualitatif des effectifs par pôle

---

## Liste des annexes

---

**Annexe n° I** : Grille de traitement des données

**Annexe n° II** : Guides d'entretiens semi-directifs auprès des acteurs des établissements

**Annexe n° III** : Guide d'entretien complémentaire auprès des coordonnateurs des soins

**Annexe n° IV** : Guides d'observation des coordonnateurs des soins

**Annexe n° V** : La vision du manager hospitalier

**Annexe n° VI** : La carte des styles de management

**Annexe n° VI bis** : Outil de dialogue pour clarifier les champs d'autonomie

**Annexe n° VII** : Outil de dialogue pour le développement des compétences

**Annexe n° VIII** : Trame du rapport des activités de soins infirmiers, de rééducation et  
medico-techniques

## GRILLE DE TRAITEMENT DES DONNEES

## Classées à partir des éléments théoriques abordés en première partie

Modalités de recueil des informations

- Stage d'observation de 4 semaines dans les 2 établissements
- Entretiens DG, DRH, Président de CME et Cadres de pôle. CGS durant le stage et un à distance
- Recueil d'observations durant les réunions
- Etude du planning des DS
- Etude des documents des établissements : projet d'établissement, projet médical, projet de soins, projet social, CPOM, documents budgétaires, CREF, Tableaux de bord, rapports d'activités, résultats certification, livret d'accueil, comptes rendus de réunions ....

THEME	CRITERE ou INDICATEUR	Données CH	Données CHU
<b>LE DIRECTEUR DES SOINS</b>			
Profil des CGS	Expérience DS		
La direction des soins	Organisation Direction soins		
	Nbr Cadres de pôle et cadres proximité		
Management des DS	Cadres de pôle	Réunions ODJ Management du groupe Entretiens individuels Attentes CS/DS / DS	
	Cadres de santé	Réunions ODJ :	
	Ensemble des personnels	Réunions Rencontres	
Activités > Rôle et missions	Analyse planning des 4 semaines	Qui Quoi Fréquence	
Collaboration avec gestionnaires	Avec le DG	Rencontre individuelle D'après le DS D'après le DG	
	Avec équipe de direction	Qui Quoi Fréquence	
	Avec le président CME	Quand Comment Quoi D'après le DS D'après le président de CME	
	Avec le DRH	Quand Comment Quoi D'après le DS D'après le DRH	
	Avec Responsables de pôle	Quand Comment Quoi	
	Avec Représentants personnels		
	Avec Représentants des usagers		
Place dans les instances	Membre Directoire		
	Membre CS		
	Membre CME		
	Président CSIRMT	ODJ : Animation	

THEME	CRITERE ou INDICATEUR	Données CH	Données CHU
<b>DONNEES STRATEGIQUES</b>			
Planification régionale de l'offre de soins	SROS		
Situation financière	Budget		
	Compte de résultat principal	Consolidé :	
	CAF- SIG	Marge brute d'exploitation	
	CREF : Objectifs		
	Tendance activité		
Recomposition offre soins	Nombre lits et place		
	CPOM		
	Autorisations		
	Coopérations		
	Concurrence		
Démographie	Ressources en personnel		
	Forces, faiblesses, opportunités menaces		
Besoins de la population	Caractéristiques population		
<b>LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT</b>			
Projet régional			
Priorités établissement	Priorités pour le DG	Actualité	
	Projet établissement		
	Projet médical		
	Projet soins		
	Projet social		
	Schéma systèmes d'info		
<b>PILOTAGE ET PRISE DE DECISION</b>			
Gouvernance	Organisation en pôles		
	Contrats de pôle		
Dispositifs de concertation et de prise de décision	Organigramme direction		
	Réunions de pilotage		
	Comité de direction (CODIR)		
	Directoire		
	Bureaux de pôles		
Rapports d'activité	Rapport d'activité de l'établissement		
	Rapport d'activité de la DS		
<b>LA RECHERCHE DE PERFORMANCE</b>			
Définition de la performance			
Approche processus			
Tableaux de bord	Contenu Fréquence		
	Indicateurs privilégiés ou spécifiques au CGS		
	Vision de l'approche processus par le CGS		
Certification	Résultat Prochaine visite		

## Annexe n° II

### GUIDES D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS AUPRES DES ACTEURS DES ETABLISSEMENTS

<b>NOM :</b>	<b>Fonction :</b>
<b>DATE :</b>	<b>Durée :</b>

**Introduction :** Remerciements pour le temps accordé, présentation du thème du mémoire (la fonction de directeur des soins et la performance), présentation des modalités (prises de note et reformulation en direct), garantie d'anonymisation des données, vérification de l'accord pour la démarche.

#### **Aux chefs d'établissements : 13 février et 18 mai 2015**

- Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de l'établissement, projet d'établissement et priorités
- Compétences attendues d'un directeur des soins
- Place du DS au sein du dispositif de pilotage et de gestion de la performance
- Que souhaitez-vous ajouter ?

#### **Aux directeurs des ressources humaines et aux directeurs adjoints : 12 février, 18 février, 26 février, 21 mai, 22 mai, 28 mai 2015**

- Forces et faiblesses de l'établissement dans leur domaine de compétences
- Modalités de collaboration avec le directeur des soins
- Interactions avec le DS au sein du dispositif de pilotage et de gestion de la performance
- Que souhaitez-vous ajouter ?

#### **Aux présidents de CME : 26 février, 3 juin 2015**

- Forces et faiblesses de l'établissement
- Priorités du projet médical
- Articulation avec le projet de soins
- Modalités de collaboration avec le directeur des soins
- Interactions avec le DS au sein du dispositif de pilotage et de gestion de la performance
- Que souhaitez-vous ajouter ?

#### **Aux directeurs des soins**

- Entretiens presque quotidiens de débriefing des activités observées
- Un entretien complémentaire (cf. annexe n° III : Entretien complémentaire auprès des DS)

#### **Aux cadres de pôle : 12 février, 17 février, 24 février, 26 février, 22 mai (x2), 28 mai, 5 juin 2015**

- Outils de gestion du pôle, délégations
- Modalités de collaboration avec le directeur des soins
- Attente vis-à-vis du directeur des soins
- Que souhaitez-vous ajouter ?

## Annexe n° III

### GUIDE D'ENTRETIEN COMPLEMENTAIRE AUPRES DES COORDONNATEURS DE SOINS

<b>NOM :</b> <b>DATE :</b> 28 et 29 juillet 2015	<b>Modalités :</b> Entretien téléphonique sur rendez-vous <b>Durée :</b> 45mn
---	---

#### Introduction :

Rappel du projet de mémoire, remerciement pour la disponibilité, engagement à un retour sur l'écrit

#### 1. Questions générales

Ancienneté dans la fonction :

Ancienneté dans l'établissement :

#### 2. Evolution de la fonction de DS

Principaux facteurs d'évolution de la fonction dans le poste que vous occupez actuellement ?

En quoi la nouvelle gouvernance a modifié votre relation avec les cadres supérieurs ?

En quoi la gouvernance a modifié votre relation avec les directeurs adjoints et le Directeur Général ?

En quoi les contraintes budgétaires et la recherche de performance ont elles modifiées votre contribution à la stratégie de l'établissement ?

Quelles sont les décisions (1 à 3 maximum) les plus importantes que vous avez été amené(e) à prendre eu égard à ces contraintes depuis 1 an ?

Comment et avec qui avez-vous construit chacune de ces décisions ?

#### 3. La valeur ajoutée de la fonction de DS aujourd'hui

Quelle est aujourd'hui votre contribution à la performance ? Sur quels champs ?

Quels indicateurs suivez-vous plus particulièrement ?

Que pensez-vous de l'approche processus ?

Quelle est votre contribution à l'analyse des processus ?

Sur quels points êtes-vous particulièrement vigilant(e) ?

Quelle stratégie RH pour concilier performance, satisfaction patients et satisfaction des personnels ?

Quelle valeur ajoutée du DS dans les établissements de santé aujourd'hui ?

Que souhaitez-vous ajouter ?

## Annexe n° IV

### GUIDES D'OBSERVATION DES COORDONNATEURS DE SOINS

#### Grille d'observation des réunions

Intitulé

Fréquence :

Durée :

Personnes présentes :

Animateur :

Ordre du jour :

Interventions des interlocuteurs : thématique des arguments ou des questions

Interventions du DS :

Place du DS dans l'espace :

#### Guide d'observation des agendas des directeurs des soins

Identification des rencontres avec les différents interlocuteurs de l'établissement : Fréquence

- Les dirigeants : Directeur général, Directeurs adjoints, Président de la CME
- L'encadrement : Cadres de pôle, Chefs de pôle, Cadres de santé
- Les équipes de soins

#### Grille d'analyse des décisions des deux Coordinateurs des soins

##### Description des différentes étapes :

- **Identification de la situation décisionnelle**

Recueil d'information : Contexte, enjeux, contingences matérielles, logiques d'acteurs

Enoncé du diagnostic : éléments pris en considération, analyse puis détermination d'objectifs

- **Détermination des alternatives**

Modalités de réflexion, qui participe, avantages /inconvénients des alternatives

Etude des conséquences des alternatives et de la possibilité de les maîtriser

- **Prise de décision**

Décision et limites de la décision

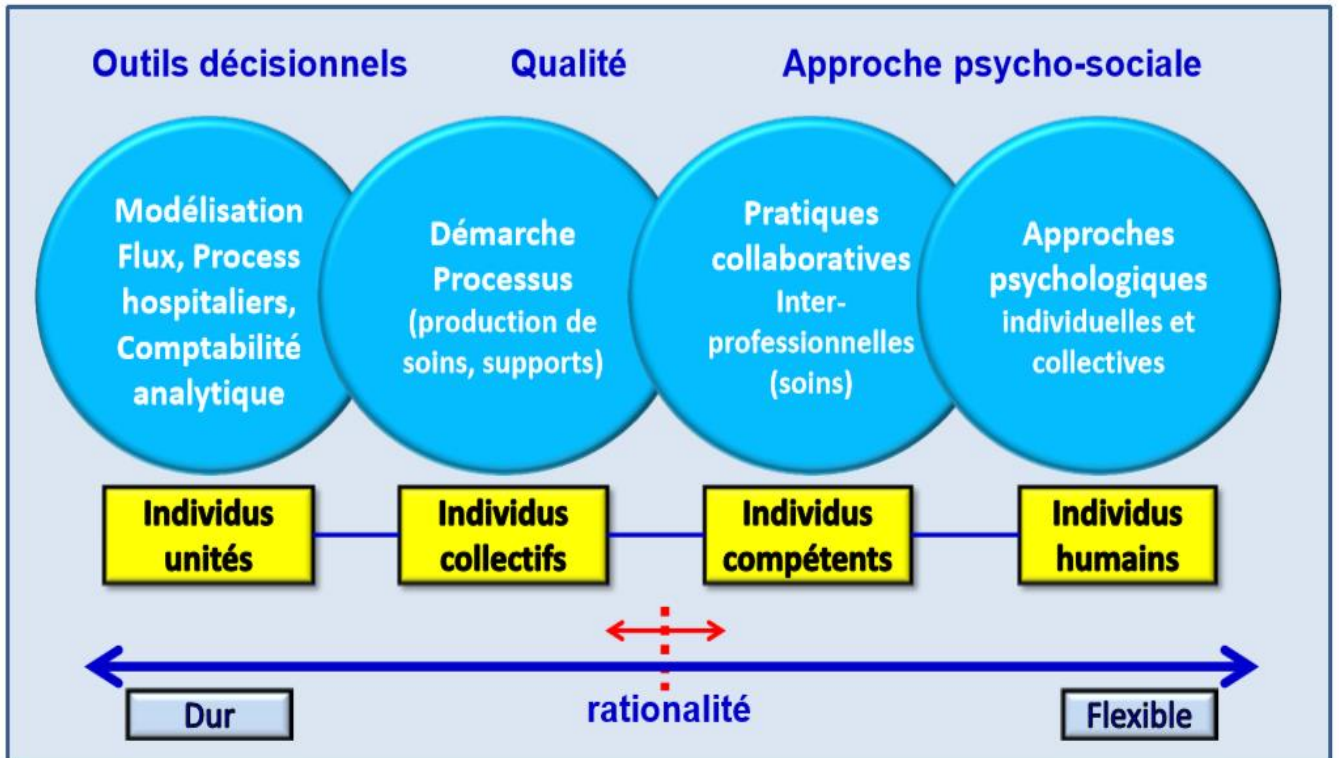
- **Annonce de la décision aux acteurs impliqués**

Etapes et modalités de communication

- **Mise en œuvre des actions suivie de leur évaluation**

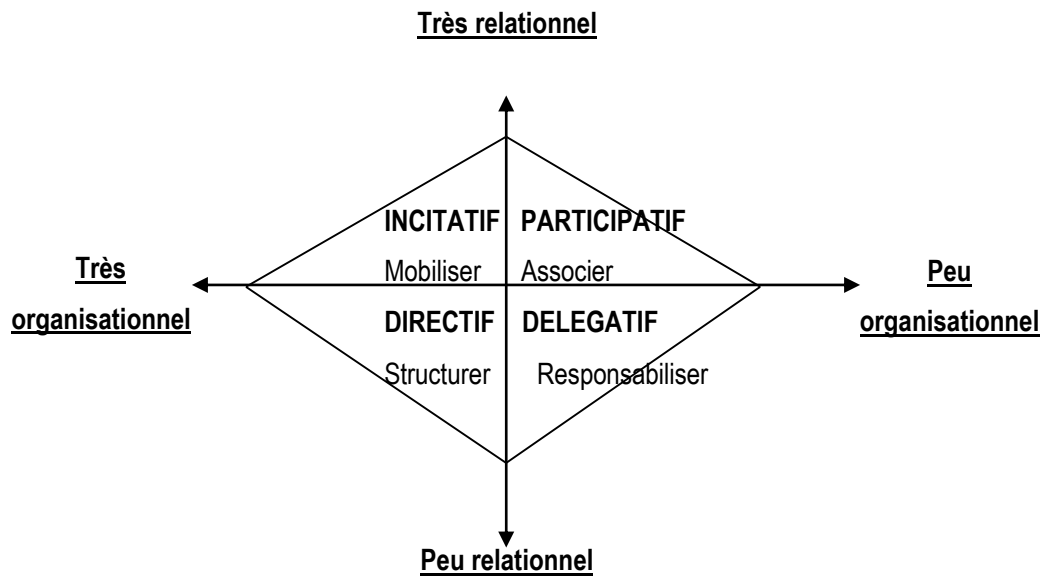


## La vision du manager hospitalier



## Gestion de projets

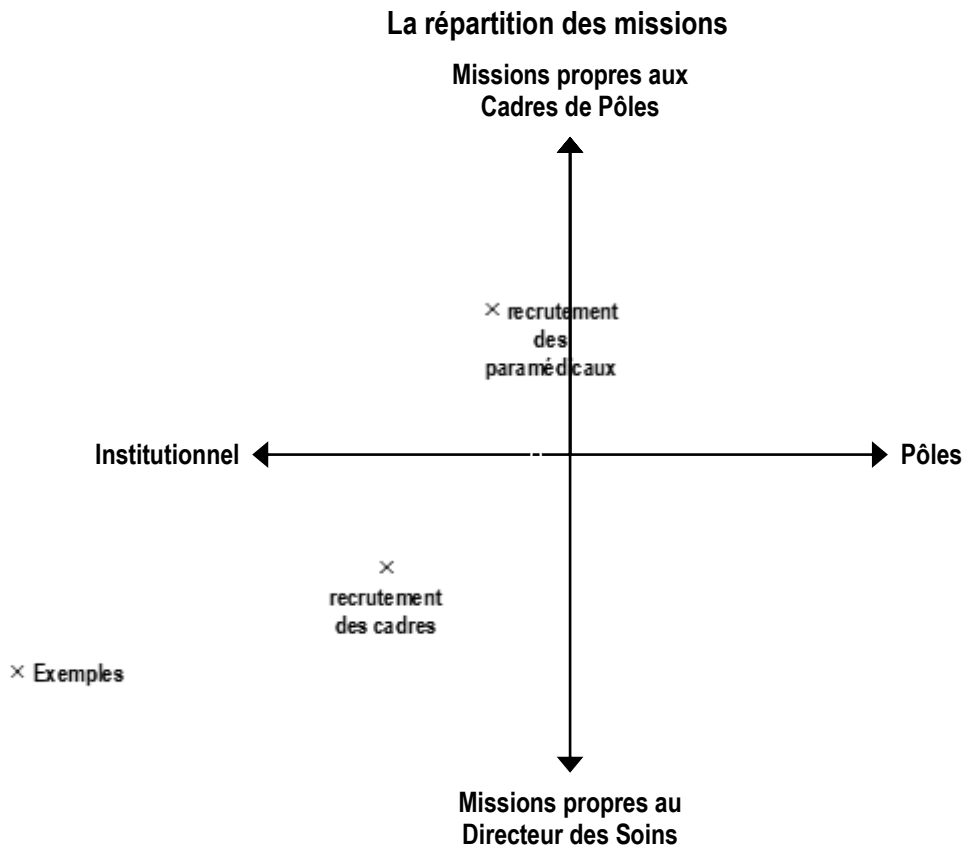
LA CARTE DES STYLES DE MANAGEMENT<sup>107</sup>



Annexe n° VI bis

OUTIL DE DIALOGUE POUR CLARIFIER LES CHAMPS D'AUTONOMIE

Faire évoluer les frontières des territoires d'autonomie des cadres



<sup>107</sup> Dominique TISSER, 1998, *Management situationnel*, Ed INSEP, p.69

**OUTIL DE DIALOGUE POUR LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES<sup>108</sup>**

Identification et valorisation des compétences des collaborateurs

**Préparation de l'entretien : Réflexion individuelle sur ses domaines de compétences clés**Utilisation de son environnement relationnel

Dans mon réseau relationnel, quels sont mes principaux points d'appui et mes points les plus sensibles ?

Comment utiliser mon environnement relationnel pour l'accomplissement de mes missions ?

Gestion des situations complexes

Comment tenir compte des multiples contraintes qui influencent mon activité, mes décisions, mes projets ?

Qu'évoque pour moi la complexité dans mes activités professionnelles ?

Gestion du stress

Quelle expérience ai-je des situations de crise ? Comment je m'en débrouille ?

Comment est-ce que je fais quand je suis confrontée à des situations qui me stressent ?

Mettre la réalité à la hauteur de ses attentes

Comment est-ce que je réagis quand je constate que mes attentes sont bien au-delà des réalités avec lesquelles je suis en contact ?

Est-il possible de modifier son environnement pour le mettre à la hauteur de ses ambitions ?

Vision de la dimension RH

En tant que manager, quelle est ma vision de la dimension ressources humaines ?

Comment mettre en œuvre ma politique des ressources humaines ?

Pilotage à distance des activités

Comment est-ce que je fais pour piloter à distance l'activité de mes collaborateurs ?

Quel système d'information ai-je construit pour mener mon activité et celles de mes collaborateurs ?

**Préparation de l'entretien : Réflexion individuelle sur son potentiel**Sentiment de compétence

Dans le cadre de mes activités actuelles, comment est-ce que je situe mon niveau de compétences ?

Qu'est-ce qui me permet d'évaluer que je suis apte à remplir mes fonctions actuelles ?

Ambition

Dans quelle mesure mes activités actuelles me permettent-elles d'évoluer et de me préparer à de nouvelles fonctions ?

Quelle est la place de mon ambition dans ma vie professionnelle ?

---

<sup>108</sup> Francis MINET, Cours Ecole Supérieure Montsouris, Maîtrise gestion santé 2003/2004

Autodiscipline – ordre

Comment est-ce que je fais pour arbitrer entre les activités prioritaires et les secondaires ?

Comment est-ce que je fais pour me recentrer dans mes activités ?

Conduite de changement

Quelle pratique ai-je de la conduite du changement ?

Quelle différence est-ce que je fais entre le changement que j'initie et celui qui m'est imposé ?

Est-ce que je génère facilement le changement ou est-ce que j'ai besoin qu'on me l'impose ?

Esprit critique

Description d'une situation dans laquelle j'ai dû dire non

Comment est-ce que je réagis quand je constate un décalage entre les orientations de l'établissement et mes conceptions ?

Délibération

Quelle place je laisse à la délibération dans mon travail ?

Comment est-ce que je réagis quand mes convictions s'opposent à une pression extérieure quelconque ?

**Entretien**

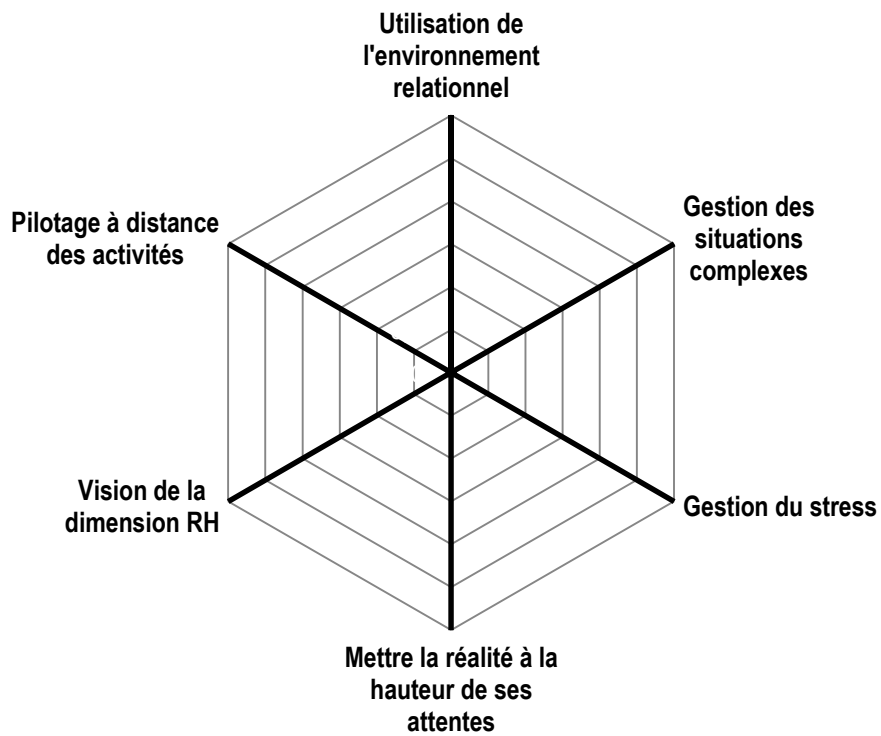
Présentation du bilan effectué ;

Mise en évidence des points forts, des points faibles ;

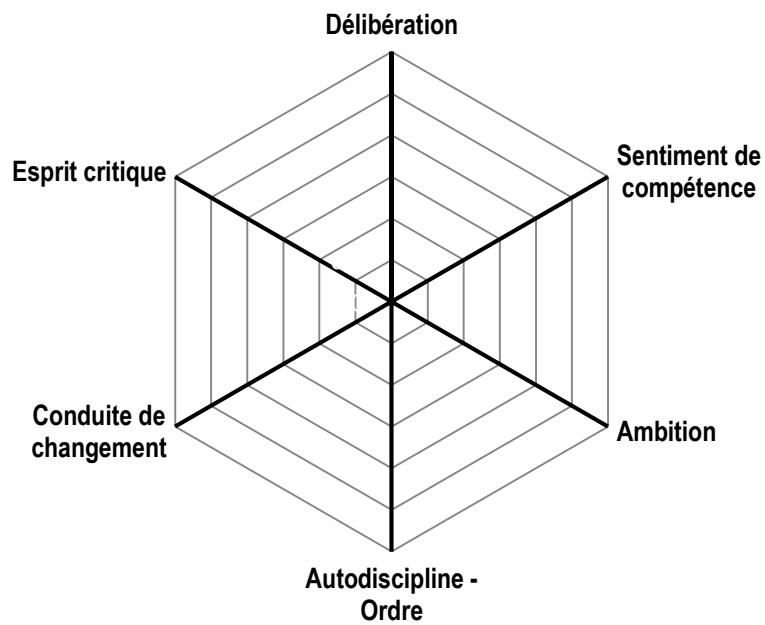
Schématisation de la situation ensemble sur les schémas ci-dessous ;

Elaboration d'une stratégie de progrès.

Evaluation de ses domaines de compétences clés



Evaluation de son potentiel



## TRAME DU RAPPORT DES ACTIVITES DE SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICOTECHNIQUES

NB : Ce document est une trame à ajuster en fonction de l'établissement c'est-à-dire de ses activités et de ses priorités. Il peut servir de support à l'organisation du recueil des informations et ne présenter, in fine, qu'une partie des éléments en fonction de la stratégie du directeur des soins.

Les données à recueillir relatives au projet médical, au projet RH et au projet qualité devront être discutées avec les différents responsables.

-----

### Préambule

Le rapport d'activité est une obligation réglementaire « Le directeur des soins, coordonnateur général des soins remet au directeur d'établissement un rapport annuel des activités de soins infirmiers, médicotechniques et de rééducation, qui est intégré au rapport annuel d'activité de l'établissement présenté aux différentes instances »<sup>109</sup>.

#### Finalités du rapport annuel :

- Evaluer la mise en œuvre de la politique de soins ;
- Piloter la coordination des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques,
- Valoriser l'activité paramédicale en la rendant visible,
- Mettre à jour les priorités en matière d'organisation, de qualité et de sécurité des soins.

#### Objectifs :

- Evaluer l'avancée et réajuster les objectifs du projet de soins,
- Evaluer les activités de la CSIRMT,
- Evaluer le dispositif de management des personnels dépendants de la direction des soins,
- Evaluer la contribution des personnels dépendants de la direction des soins aux priorités de l'établissement,
- Evaluer les améliorations apportées à la pertinence des soins et à l'optimisation de l'utilisation des ressources.

Le directeur des soins réalise ensuite une synthèse pour identifier les réussites, les écarts et leurs causes probables mais aussi déterminer les objectifs de l'année à venir.

#### Communication :

- Diffusion papier à tous les directeurs, au président de la CME, aux cadres de pôles, aux chefs de pôles, aux cadres de santé, aux membres de la CSIRMT
- Diffusion électronique : intranet
- Une synthèse intègre le rapport annuel d'activité de l'établissement qui est présenté au Conseil de Surveillance (CS), à la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et à la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechnique (CSIRMT).
- Tout ou partie peut être présenté à la CRUQPC
- Une synthèse est présentée en réunion de l'encadrement paramédical
- Une synthèse Feuillet A4 en 4 pages est réalisée à destination de l'ensemble des services et diffusée par l'intermédiaire des cadres de santé

### Introduction

Rappel des valeurs fondatrices du projet de soins - Rappel de la politique de soins en lien avec la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - Faits marquants de l'année et rappel des orientations définies l'année n-1 - Présentation succincte des personnels (nombre et catégories d'agents).

Annonce du plan en précisant << Cette année nous avons fait le choix de développer plus particulièrement les actions menées dans tel ou tel domaine et pour tel motif >>.

---

<sup>109</sup> Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, modifié par Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010, modifié par Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 - art. 4 n°10

## 1 PILOTAGE DE LA COORDINATION GENERALE DES SOINS

### 1.1 Organisation de la direction des soins

Directeur des soins, Coordonnateur Général des Soins : *Nom(s) Prénom(s)*

Cadre supérieur, Cadre de santé, ... : *Nom(s) Prénom(s)*

Secrétaire : *Nom(s) Prénom(s)*

*Missions spécifiques des personnels de la direction des soins*

Cadres supérieurs de santé, Cadres de pôle

✓ *Nom Prénom* Cadre responsable du pôle XX

✓ *Nom Prénom* Cadre responsable du pôle XX

✓ ...

Sage-Femme Cadre supérieur, participant aux activités de la direction des soins

✓ *Nom Prénom* Cadre responsable du pôle XX

### 1.2 Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT)<sup>110</sup>

#### 1.2.1 Mise en œuvre de l'instance (composition cf. annexe 1)

Date et horaires	Ordre du jour	Taux participation
------------------	---------------	--------------------

#### 1.2.2 Point d'avancement des groupes de travail de la CSIRMT

Thèmes	Date début	Pilote(s)	Objectifs	Etat d'avancement / indicateurs	Objectifs n+1 Ou date de fin
--------	------------	-----------	-----------	---------------------------------	---------------------------------

### 1.3 Politique et dispositif de management

Rappel des principes (selon projet de soins et projet managérial)

#### 1.3.1 Réunions des cadres de pôles

- Des réunions hebdomadaires d'information et de concertation

- Des réunions pour travailler sur des thématiques spécifiques

Date et horaires	Ordre du jour	Taux participation
------------------	---------------	--------------------

#### 1.3.2 Réunions de l'ensemble de l'encadrement paramédical

Date et horaires	Ordre du jour	Taux participation
------------------	---------------	--------------------

#### 1.3.3 Accompagnement des projets professionnels des cadres

Rappel du dispositif d'accompagnement des agents ayant un projet cadre et d'accueil des nouveaux cadres

Pyramide des âges – Mobilité des cadres – Paramédicaux engagés dans un projet cadre

<sup>110</sup> Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, modifié par Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010, modifié par Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 - art. 4

1.3.4 Amélioration des pratiques d'encadrement

Formations ou séminaires réservés aux cadres : Thèmes, nombre de jours, taux de participation  
 Mise en œuvre d'analyses des pratiques de management

1.3.5 Satisfaction des personnels dépendants de la direction des soins

Audit de satisfaction DRH ou autre méthode

Ex : Points à retenir des résultats des audits de satisfaction des réunions de cadres

**2. DECLINAISON DU PROJET DE L'ETABLISSEMENT 20XX-20XX****2.1 Point d'avancement du projet de soins**

Rappel des axes du projet de soins

Axe n°	Action	Pilote (s)	Indicateur(s)	Etat d'avancement
--------	--------	------------	---------------	-------------------

**2.2 Avancement des projets médicaux transversaux conduits conjointement**

Axe n°	Action	Pilote (s)	Indicateur(s)	Etat d'avancement
--------	--------	------------	---------------	-------------------

**2.3 Avancement des projets ressources humaines conduits conjointement**2.3.1 Accueil des nouveaux personnels paramédicaux

Rappel du dispositif et si besoin suivi quantitatif

2.3.2 Mise en œuvre du plan de formation de la direction des soins

Thèmes	Pilote(s)	Intervenant (si interne Nom)	Nombre jours	Nombre session	Total agents

2.3.3 Agents en formation qualifiante (promotion professionnelle, en nombre)2.3.4 Accueil et encadrement des stagiaires

Rappel des principes du dispositif d'accueil

Bilan des actions menées dans l'année et projets

Nombre par pôle, par catégorie professionnelle, par institut de formation

2.3.5 Evolution des effectifs paramédicaux

Indicateurs à extraire du bilan social et à définir avec le directeur des ressources humaines, les chefs de pôle et cadres de pôles

ETP permanents, requis, rémunérés, Absentéisme .... Evolution sur 3 ans avec écart par rapport à la cible



## 2.4 Avancement dans l'optimisation des ressources matérielles

### 2.4.1 Dossier Informatisé

Avancée du projet et développement n+1

### 2.4.2 Travaux et Matériel

Par pôle : Travaux rénovation, Recensement de matériel, Test de matériel, etc...

## 2.5 Participation aux commissions et comités

Commission-comité	Cadre de pôle (nom - pôle)	Cadre de santé (nom - UF)	Filière Infirmière (nom - UF)	Filière Rééducation (nom - UF)	Filière Médico-Tech (nom - UF)
<b>Total (nombre)</b>					

## 3. AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

Ne sont reprises que les actions à l'initiative des pôles, pour retrouver l'ensemble des projets et actions relatives à la qualité, consulter le rapport d'activité de la direction qualité et sécurité des soins

### 3.1 Amélioration de la satisfaction des patients dans les pôles

Actions menées au regard des résultats des questionnaires de satisfaction ou des plaintes et réclamations et groupes de paroles ou autres permettant l'expression des usagers.

### 3.2 Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance dans les pôles

Actions menées : communication, développement de prise en charge, aménagements, liberté de circuler

### 3.3 Amélioration de la prise en charge de la douleur dans les pôles

### 3.4 Amélioration de la prise en charge nutritionnelle dans les pôles

### 3.5 Autres projets d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins menés au sein des pôles

## 4 COOPERATIONS ET PARTENARIATS

### 4.1 Collaboration avec l'IFSI et IFCS de référence

Nombre par pôle	Jury concours	Cours (en heures)	Accompagnement mémoire	Jury mémoire	Actions communes Intitulé
Pôle X					

#### 4.2 Collaboration avec les autres Instituts

Nombre par pôle	Jury concours	Cours (en heures)	Accompagnement mémoire	Jury mémoire	Actions communes Intitulé
Pôle X					

#### 4.3 Pratiques de coopération<sup>111</sup>, pratiques avancées : mises en œuvre et projets

#### 4.4 Activités partagées avec les établissements du territoire

Rencontres, colloques, formations, stages découverte, etc...

### 5. TRAVAUX, PUBLICATIONS ET PARTICIPATION A LA RECHERCHE

Articles dans la lettre de l'établissement : auteur, intitulé et date

Articles dans les revues professionnelles : auteur, intitulé et date

Interventions en colloque : auteur, intitulé du colloque et de l'intervention, date

Mémoires universitaires : auteur, intitulé et date

### 6. SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

#### 6.1 Les points forts et les facteurs de réussites

#### 6.2 Les points à développer et les facteurs limitants

#### 6.3 Les objectifs prioritaires pour l'année n+1

#### Liste des annexes :

- Membres CSIRMT et représentants aux instances
- Membres des groupes de travail dont les groupes qualité et sécurité des soins
- Organigramme des cadres au 31 décembre et mouvements des cadres de santé dans l'année

<sup>111</sup> LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art 51

DIVERCHY

Marie Françoise

Décembre 2015

## DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2015

### **Contribution du directeur des soins à la performance des établissements de santé**

Le directeur des soins est-il un « passeur de frontières »?

#### **Résumé :**

Passer de cadre supérieur de santé à directeur des soins, c'est un peu passer de la mise en œuvre de projets, à une position stratégique pour influencer à la fois l'orientation des projets et la dynamique des relations entre l'ensemble des acteurs. C'est en ce sens que nous avons interrogé le rôle de "passeur de frontières" du directeur des soins.

Dans le champ hospitalier, face à la crise, les pouvoirs publics ont mis en place ou impulsé des dispositifs d'amélioration de la performance. Ces dispositifs permettent à chaque établissement et à chaque acteur, depuis le niveau stratégique jusqu'au niveau opérationnel, de contribuer à l'effort de réduction des dépenses, à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et donc à l'amélioration du service rendu au patient, acteur et citoyen. Pour ce faire, les établissements se sont dotés de compétences en management des processus et de tableaux de bord de suivi et d'aide à la décision.

De par ses responsabilités et sa position dans la gouvernance, le directeur des soins peut contribuer à la mobilisation des ressources en favorisant le passage de frontières entre les groupes, entre les individus et entre les différents intérêts et objectifs. Cette posture favorise la création de sens et porte des valeurs qui doivent se traduire dans le projet de soins, le projet managérial et le rapport annuel des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

#### **Mots clés :**

Directeur des soins – "Passeur de frontières" - Performance – Gouvernance - Processus – Stratégie - Décision – Indicateurs – Sens - Projet managérial – Rapport d'activité

*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.*