



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2016**

Date du Jury : **Décembre 2016**

Elaboration et suivi de l'EPRD

**Quelle place pour
le directeur des soins ?**

Ludovic TRIPAULT

Remerciements

Tous mes remerciements

A toutes les personnes qui ont répondu à mes questions avec patience et bienveillance,

A tous les Directeurs des Soins que j'ai croisé depuis le début de ma carrière professionnelle et qui m'ont donné envie de devenir un des leurs,

A mon entourage pour son aide tout au long de cette année passée à l'EHESP,

A la personne qui partage ma vie depuis 17 ans, sans ton soutien sans faille, je n'en serai sans doute pas là.

Sommaire

Introduction	1
1 <u>Le financement des établissements de santé et le directeur des soins, une relation qui semble distante</u>.....	5
1.1 <u>L'évolution des modes de financement des établissements publics de santé</u>	5
1.1.1 Les financements antérieurs à la tarification à l'activité.....	5
1.1.2 La réforme de la tarification à l'activité	8
1.1.3 La construction de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses.....	13
1.2 <u>Rôle stratégique, opérationnel, la légitimité du directeur des soins</u>	15
1.2.1 Rôle stratégique, rôle fonctionnel, rôle opérationnel, quelle distinction ?.....	15
1.2.2 La légitimité du directeur des soins	17
2 <u>Etude de terrain</u>	19
2.1 <u>Présentation de l'étude</u>	19
2.1.1 Méthodologie	19
2.1.2 Les limites de l'étude	20
2.2 <u>Analyse des résultats</u>	21
2.2.1 Un cadre d'exercice divers	21
2.2.2 Une participation limitée à l'élaboration de l'EPRD	22
2.2.3 Un rôle perçu comme essentiel	25
2.2.4 Une formation jugée insuffisante	27
2.3 <u>De l'analyse au diagnostic</u>	30
3 <u>Des préconisations pour une participation active du directeur des soins à l'élaboration et au suivi de l'EPRD</u>	31
3.1 <u>Le rôle stratégique, un investissement à long terme</u>	31
3.1.1 Instaurer et organiser un dialogue de gestion avec les pôles.....	31
3.1.2 Réformer la politique managériale dans un contexte d'organisation hospitalière bouleversée.....	33

3.2	<u>Un rôle opérationnel : participer au suivi de l'EPRD</u>	34
3.2.1	Intégrer le directeur des soins dans la réflexion sur les réorganisations d'activités	35
3.2.2	Suivre le tableau des emplois et les dépenses de personnel par pôle	36
3.2.3	Participer à l'optimisation de recettes	39
3.3	<u>Etre formé pour comprendre et accompagner les équipes d'encadrement</u>	42
3.3.1	S'approprier la formation initiale reçue à l'EHESP	42
3.3.2	Assurer la formation des cadres de pôle	43
	Conclusion	45
	Bibliographie	47
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

A.R.H. :	Agence Régionale d'Hospitalisation
A.R.S. :	Agence Régionale de Santé
C.G.S. :	Coordonnateur Général des Soins
C.C.A.M. :	Classification Commune des Actes Médicaux
C.H. :	Centre Hospitalier
C.H.U. :	Centre Hospitalo-Universitaire
C.M.E. :	Commission Médicale d'Etablissement
C.P.O. :	Coordination Prélèvement Greffe
C.S.I.R.M.T. :	Commission de Soins Infirmiers, Rééducateurs et Médico Technique
D.D.A.S.S. :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.F. :	Directeur des Finances
D.G.O.S. :	Direction Générale de l'Offre de Soins
D.M.S. :	Durée Moyenne de Séjour
D.R.H. :	Direction/Directeur des Ressources Humaines
D.S. :	Directeur des Soins
E.H.E.S.P. :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
E.N.C. :	Echelle Nationale des Coûts
E.P.R.D. :	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
E.P.S.M. :	Etablissement Public de Santé Mentale
E.S.P.I.C. :	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
E.T.P.T/R :	Equivalent Temps Plein Travaillé / Rémunéré
F.A.G. :	Forfait Annuel Greffe
F.A.U. :	Forfait Annuel Urgence
G.H.M. :	Groupe Homogène de Malades
G.H.S. :	Groupe Homogène de Séjours
G.H.T. :	Groupement Hospitalier de Territoire
H.A.D. :	Hospitalisation A Domicile
H.P.S.T. :	Hôpital – Patients – Santé – Territoires
I.F.C.S. :	Institut de Formation des Cadres de Santé
I.V.G. :	Interruption Volontaire de Grossesse
M.C.O. :	Médecine – Chirurgie – Obstétrique
M.-D.M.I. :	Médicaments coûteux - Dispositifs Médicaux Implantables
M.E.R.R.I. :	Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
M.I.G.A.C. :	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
O.Q.N. :	Objectif Quantifié National
P.G.F.P. :	Plan Global de Financement Pluriannuel
P.M.S.I. :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
P.N.M. :	Personnel Non Médical
P.R.E. :	Plan de Retour à l'Equilibre
S.A.U. :	Service d'Accueil des Urgences
S.R.O.S. :	Schéma Régional d'Organisation des Soins
T.P.E.R. :	Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés

Introduction

Le plan de rénovation hospitalière dénommé plan « Hôpital 2007 » a permis, grâce à l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003, une simplification du droit hospitalier par une simplification du régime des autorisations et une relance de la coopération inter hospitalière. Ce plan a été suivi d'une réforme de la gouvernance hospitalière. L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 visait à simplifier le régime juridique des établissements de santé. Cette ordonnance instaure un nouveau mode de financement de ces établissements, la tarification à l'activité, et rénove l'organisation hospitalière en imposant les pôles d'activités cliniques et médico-techniques. Cette nouvelle organisation hospitalière a vu l'émergence de nouvelles fonctions, en particulier les fonctions de responsables de pôle, de cadre paramédical et de cadre administratif. Dans ce contexte de gouvernance renouvelée, le métier de directeur des soins a évolué dans ses dimensions stratégique et opérationnelle. La mission principale du directeur des soins est la conception du projet de soins, en cohérence avec le projet d'établissement, le projet médical et sa mise en œuvre en liaison avec les équipes de cadres des unités de soins. La déclinaison du projet de soins et l'action du directeur des soins s'articule autour de quatre axes : la planification stratégique, la gestion et le management des ressources humaines, la gestion financière et la qualité et la sécurité des soins. Ces différentes actions se font en collaboration avec l'ensemble des directions fonctionnelles de l'établissement en particulier la direction des ressources humaines, la direction qualité et la direction des finances. En effet, le rôle de coordination de la direction des soins s'est retrouvé renforcé par la mise en place des pôles.

Pour les Etablissements Publics de Santé et les Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC), le passage du financement par dotation globale à la tarification à l'activité a constitué un changement majeur en terme de gestion des finances et contrôle de l'établissement. En effet, la tarification à l'activité privilégie les recettes sur les dépenses, les résultats sur les moyens. Reprenant cette logique, le budget évolue et est maintenant appelé l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD).

Dans un établissement de santé, les dépenses de personnels représentent environ 70 % des dépenses totales de l'établissement publics de santé, les dépenses de personnels paramédicaux et sociaux, 40,5%¹. Le directeur des soins, en collaboration avec la direction des ressources humaines et les pôles, assure la gestion et l'animation

¹ L'hôpital, 4^{ème} édition - 2011, Jean de Kervasdoué, Collection Que sais-je ? , p 103.

des ressources humaines. Il s'agit pour le Directeur des Soins de définir les besoins de personnels paramédicaux dans les limites du cadre budgétaire (recettes prévisionnelles) mais aussi de réajuster si besoin ces prévisions en cours d'année, en liaison étroite avec la Direction des Ressources Humaines. Cette mission s'est également complexifiée par la délégation de gestion accordée aux pôles. En effet, la loi Hôpital – Patients – Santé – Territoire du 21 juillet 2009 et en particulier le titre I relatif à la modernisation des établissements de santé a renforcé la place des pôles par la contractualisation de contrats d'objectifs et de moyens au travers des contrats de pôles. Le directeur des soins doit donc définir ces moyens en tenant compte d'éléments parfois contradictoires entre qualité des soins, délégation de gestions et équilibre financier. Celui-ci est le garant d'une attribution équitable de moyens, en nombre et en qualification, entre l'ensemble des pôles, en tenant compte du nombre de lits, de l'activité réalisée, de contraintes spécifiques (géographie des locaux par exemple) et de ce cadre budgétaire.

La valeur ajoutée du Directeur des soins est sa connaissance de l'activité des services de soins, des missions des différents professionnels paramédicaux. Le directeur des soins a donc un double rôle :

- En ressources humaines : définition des besoins (qualitative et quantitative), répartition des moyens dans les pôles...
- Dans l'organisation hospitalière : évolution de l'hôpital vers l'ambulatoire, médical et chirurgical, le développement d'unités médico-chirurgicales, redimensionnement des unités de soins...

Compte tenu de cette double action, le directeur des soins a un rôle fondamental à jouer dans la définition du Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés (TPER) et donc dans la construction de l'EPRD puis dans sa déclinaison. Malgré cela, au cours de mon exercice professionnel comme cadre paramédical de pôle, j'ai constaté dans mon établissement que le directeur des soins était peu associé à l'élaboration de l'EPRD. En revanche, lorsque les premiers résultats financiers connus, en mai, n'étaient pas ceux prévus, le directeur des soins était sollicité pour apporter des solutions et en particulier revoir les dépenses de titre 1, les dépenses de personnel. Compte tenu des échéanciers et de la temporalité, il restait peu de temps pour réajuster ces dépenses.

Lors de mon premier stage, stage d'observation, des entretiens avec le coordonnateur général des soins, le directeur des ressources humaines et le directeur des finances, ont laissé apparaître que ceux-ci ne voyaient aucun rôle à jouer par le directeur des soins dans l'élaboration de l'EPRD. En revanche, dans un second établissement, lors de mon deuxième stage, le directeur des finances et le coordonnateur

général des soins regrettaient l'absence de celui-ci lors de la construction de l'EPRD. Ceux-ci m'expliquaient que le contexte actuel de recomposition de l'offre de soins, en particulier avec la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire, allait nécessiter l'expertise du directeur des soins.

Cette réflexion m'a amené à me poser la question suivante :

Pourquoi le directeur des soins n'est-il pas suffisamment associé à l'élaboration de l'EPRD d'un établissement de santé alors qu'il est investi dans la déclinaison de celui-ci ?

Ce travail doit permettre de vérifier les hypothèses suivantes :

- La complexité et le temps imparti à la construction de l'EPRD limite le nombre d'acteurs pouvant intervenir dans son élaboration.
- Le rôle du directeur des soins doit se limiter à un rôle opérationnel de déclinaison de l'EPRD préalablement défini.
- La formation reçue en terme de finance ne permet pas au directeur des soins d'être compétent dans ce domaine.
- Le directeur des soins ne se sent pas légitime, cela ne fait pas parti de son rôle, de ses missions.

Afin d'explorer ces différentes hypothèses, des entretiens ont été menés auprès de directeurs de soins et de directeurs des finances.

Dans une première partie de ce travail, les différentes notions évoquées seront définies et développées. Dans une seconde partie, l'enquête de terrain sera présentée et analysée. Dans une troisième partie, cette analyse permettra de faire des préconisations devant permettre au directeur des soins de jouer un rôle stratégique dès l'élaboration de l'EPRD et un rôle opérationnel dans son suivi.

1 Le financement des établissements de santé et le directeur des soins, une relation qui semble distante

1.1 L'évolution des modes de financement des établissements publics de santé

1.1.1 Les financements antérieurs à la tarification à l'activité

Le système des prix de journée

Jusqu'en 1984 prévalait un financement par un système de prix de journée. Les tarifs étaient définis annuellement pour chaque hôpital et chaque discipline médico-tarifaire. Il était tout d'abord procédé à un calcul des prix de journée de l'année précédente. A partir d'une comptabilité analytique, les coûts complets des journées de soins dans les différentes disciplines médicales de l'hôpital étaient évalués, médecine générale, cardiologie, gastroentérologie, chirurgie générale... Ces résultats, auxquels étaient appliqués des correctifs tenant compte des anticipations d'évolution, notamment d'inflation, conduisaient à l'établissement de tarifs valables pour l'année budgétaire considérée. Ainsi, lorsqu'un malade sortait de l'établissement, une facture était établie par l'hôpital d'un montant égal au produit du nombre de journées passées dans chaque discipline par le tarif de celle-ci (augmenté de frais liés à la réalisation d'actes techniques : examens biologiques, radiologiques, rééducation...). Toutefois, les prix de journée du public ne se comparaient pas à ceux du privé car, dans les établissements publics, il incluait la rémunération des médecins, ce qui n'a jamais été le cas du privé. En début d'année, la consolidation des différents prix de journée et de prévisions d'activités correspondantes fournissait le budget d'exploitation primitif de l'hôpital. Un budget d'investissement était négocié en même temps, mais individuellement.

Dans la pratique, le budget de fonctionnement se voyait agrémenté d'une dotation aux amortissements censée représenter la dépréciation liée à l'usure des équipements. Le budget de fonctionnement était déconcentré en lignes de compte (produits pharmaceutiques, dépenses de personnel, prestations externes...), le montant de chaque ligne de compte devant être strictement respecté au niveau des consommations annuelles. En cours d'année, un budget supplémentaire et un rééquilibrage des lignes de compte pouvaient être négociés avec la tutelle s'il s'avérait que l'hôpital ne parvenait pas à tenir son enveloppe budgétaire initiale, par exemple à cause d'une activité plus importante que prévue. En fin d'année, un déficit résiduel pouvait néanmoins être encore

constaté. Ce déficit, assez fréquent, était récupéré par l'hôpital l'année suivante grâce à une augmentation des prix de journée. Les délais de calcul de l'ensemble des prix de journée et la lourdeur de la mécanique comptable étaient tels que, bien souvent, les résultats de l'année n n'étaient connus que vers le milieu de l'année $n+1$, au moment où s'élaborait le budget de l'année $n+2$. C'est ce qui expliquait la nécessité de recourir aux décisions modificatives et le délai de récupération des déficits.

Mais ce dispositif avait plusieurs effets pervers qui furent dénoncés. Il n'y avait pas lieu de contraindre à une meilleure productivité, par un tarif inférieur au coût annoncé par l'établissement, puisqu'il était supposé que l'établissement était bien géré. De plus, c'était prendre pour vraie la prévision de coût et de volume, sans intégrer de tarifs dégressifs selon les volumes. Ces effets se sont traduits par un dérapage des dépenses hospitalières et par des tarifs très disparates selon les établissements. Tout cela était le résultat d'une comptabilité analytique complexe où l'ensemble des frais de l'hôpital (sauf une partie du plateau technique qui donne lieu à une facturation particulière) était réparti sur les journées d'hospitalisation à partir de clés de répartition approximatives et d'un modèle de prestations réciproques entre services de l'hôpital relativement opaque. De plus, les hôpitaux avaient de grandes latitudes dans l'organisation de leur comptabilité analytique, de sorte que ces prix administrés échappaient largement au contrôle de la tutelle². Cette organisation était donc source de mécanismes pervers : incitation à garder les malades (les dernières journées étant rémunérées autant que celle où le malade était passé au bloc opératoire), minimiser le nombre de journées prévisionnelles pour augmenter le prix de journée et dégager ainsi des ressources supplémentaires.

Plus fondamentalement, le système était fortement inflationniste, favorable aux établissements et très coûteux pour l'assurance maladie. Rien ne conduisait les hôpitaux à maîtriser leurs dépenses. Au contraire, ils avaient tout intérêt à laisser dériver les durées de séjour afin de générer des ressources supplémentaires. Face à cette situation, diverses dispositions régulatrices ont vu le jour à partir des années 1970 :

- Loi hospitalière de 1970 : rationnement de l'offre par la carte sanitaire limitant les investissements dans une région donnée,
- 1975 : Mise en place d'un taux directeur visant à limiter la croissance des dépenses de santé,
- 1979 : Imposition d'un taux maximal d'augmentation des prix de journée,
- Réforme de la budgétisation globale.

² La tutelle qui s'exerce sur les établissements hospitaliers émane de deux organismes différents : le ministère de la Santé avec ses relais régionaux et départementaux (à partir de 1996, les ARH puis les ARS sont venues coiffer ces deux instances et les coordonner avec ceux de la Sécurité Sociale) et le ministère du Budget, avec ses relais locaux, les trésoriers-payeurs généraux.

La dotation globale

Dans le mécanisme fixé par le décret n° 83-744 du 11 août 1983, mis en application à partir de 1984, l'hôpital se voyait affecter au début de chaque année une somme forfaitaire dite dotation globale, destinée à couvrir l'essentiel des dépenses d'exploitation. Le budget d'investissement donnait toujours lieu à un traitement séparé. Ainsi, au lieu que la Sécurité Sociale paie ce que l'hôpital dépense (système au prix de journée), l'hôpital dépense ce que la Sécurité Sociale paie. Cette dotation représentait la somme des remboursements que l'assurance maladie devait verser à un hôpital l'année $n+1$, si ses patients étaient les mêmes que l'année $n-1$ et payait pour chaque séjour le prix de l'année n augmenté d'un taux directeur. Cette dotation globale était versée par douzième chaque mois. Ceci répondait à un autre objectif, celui d'assainir la trésorerie des hôpitaux, qui restait assez difficile dans le cadre du système du prix de journée. Les délais de facturation, puis de remboursement à l'acte de la Sécurité Sociale entraînaient des retards importants dans la perception des recettes, et la trésorerie était souvent négative. Il n'était pas prévu de révision en cours d'année, sauf exception. Mais il existait des recettes marginales autres que la dotation globale : revenus du patrimoine propre de l'hôpital mais aussi facturation à d'autres institutions d'activités spécialisées (examens de laboratoire par exemple). Une erreur de prévision sur ces recettes pouvait générer un déficit ou un bénéfice en fin d'année indépendant des efforts de l'hôpital. Le déficit était théoriquement exclu mais tout se passait comme si il était récupérable. En cas de bénéfice non lié à la sous-estimation de recettes marginales, l'hôpital pouvait en conserver une partie selon l'analyse qu'en faisait la tutelle (ce qui était nouveau par rapport au dispositif des prix de journée).

Le fait de passer d'une simple constatation *a posteriori* à une évaluation globale *a priori*, accompagnée de mécanismes incitatifs, a donc été dans le sens d'une plus grande contractualisation. Mais par ailleurs, ce dispositif général, qui mettait surtout l'accent sur le mode de financement, se renforçait théoriquement par l'instauration d'un véritable contrôle de gestion, une maîtrise comptable des dépenses de santé. Il était prévu que cette procédure budgétaire soit ascendante. Dans un premier temps, sur la base de tableaux croisant activités et moyens (notamment les activités nouvelles et les ressources prévisionnelles à y affecter), se déroulait une négociation entre les responsables médicaux d'unité et les directions d'hôpitaux, qui peut jouer sur l'allocation interne des ressources, ce qui n'était nullement incité auparavant. Ensuite, une consolidation était faite au niveau de l'hôpital dans son ensemble et ouvrait la négociation avec la tutelle. Pour éviter les effets pervers signalés précédemment, la journée n'est plus retenue comme critère d'activité ; les admissions servaient de base à la discussion budgétaire (les

admissions restant un critère manipulable, en faisant sortir et revenir le même patient par exemple).

Cette réforme du budget global était accompagnée de mesures prises antérieurement dans le même esprit et restée en vigueur à savoir l'instauration d'un taux directeur fixant la croissance tolérée des enveloppes globales. S'ajoutait à cette mesure, à partir de 1983, le gel des créations de postes, qui visait à empêcher la croissance en bloquant l'augmentation des effectifs (en favorisant le redéploiement de personnels présents en interne, en fonction de spécialités médicales, plus ou moins consommatrices de personnel, au détriment des fonctions logistiques faciles à externaliser). Il convient également de préciser que les enveloppes étaient attribuées aux directions départementales, les DDASS, qui avaient la charge de les affecter aux différents hôpitaux dont elles avaient la tutelle. Il s'agissait de permettre un redéploiement local des moyens sanitaires en autorisant la croissance de certains pôles tout en l'accompagnant de la réduction de moyens jugés excédentaires ou peu efficaces. Pour y parvenir, les DDASS pouvaient jouer sur le pourcentage d'augmentation accordé au budget d'un hôpital, dans le cadre du taux directeur, mais aussi ensuite sur la marge de manœuvre à leur disposition. Cette organisation a été modifiée en 1996 avec l'apparition des Agences Régionales d'Hospitalisation et le système d'allocation de ressources par la double péréquation régionale puis infrarégionale.

Cette réforme de la dotation globale ne devait avoir qu'un caractère provisoire et annonçait déjà un nouveau système, même si cette dernière est restée en vigueur pendant plus de 20 ans.

1.1.2 La réforme de la tarification à l'activité

La logique de la dotation globale, centrée sur les dépenses, laisse place à une logique centrée sur les recettes : la tarification à l'activité. Les ressources seront ajustées à l'activité réalisée et non à la structure existante. L'enveloppe globale consacrée au financement des établissements de santé reste identique ainsi que la part respective des différents financeurs (assurance maladie, mutuelles, patients), seule l'allocation des ressources est modifiée par cette « médicalisation » du financement. Cette réforme n'a concernée à ce jour que les activités de court séjour en MCO et odontologie et les établissements soumis à la dotation globale.

Cette réforme importante n'a pas été mise en œuvre brutalement. Alors qu'elle couvre 100 % de l'activité des établissements privés dès 2005, celle-ci a été appliquée de manière progressive dans le secteur public, sur 4 ans de 2004 à 2008, pour couvrir 100 %

de l'activité de MCO de ces établissements. Cette évolution a laissé apparaître progressivement les établissements sous dotés, ou, au contraire, les plus favorisés. De plus, les données d'activité devront être connues et communiquées à la tutelle régionale. C'est un changement important car, jusqu'à présent, ces données n'étaient communiquées qu'une fois par année et 6 mois après la fin de l'année concernée.

Les principes de la réforme

Le ministère en charge de la Santé a retenu 4 grands principes :

1. Un tarif national.

L'affichage d'un tarif national renvoie à une volonté de redistribution des moyens selon une base plus équitable. Cependant, certaines régions, afin de compenser certains surcoûts, en particulier fonciers, bénéficient de majorations :

La Corse : 5 %

Paris et sa couronne (petite-grande) : 7 %

Les départements d'Amérique (Guadeloupe, Martinique et Guyane) : 25 %

La Réunion : 30 %

2. Un tarif distinct des prix de revient.

Les tarifs retenus s'inspirent directement de l'ENC. Mais ces tarifs sont susceptibles de se démarquer ensuite des prix de revient observés selon deux mécanismes. Le premier se trouve être la régulation prix-volume. Si, sur le plan national, le volume de l'activité hospitalière est différent des prévisions nationales, l'ajustement se fera sur les tarifs. Le second est la volonté politique de cibler les problèmes prioritaires de santé publique et donc de faire évoluer les tarifs indépendamment des coûts réels des séjours qui y sont associés.

3. Deux échelles distinctes de tarifs.

Si le principe de base repose sur une seule classification en GHM pour l'ensemble des secteurs MCO, deux barèmes distincts coexistent (soit deux échelles de GHS). Il y a une échelle de tarifs pour les établissements anciennement sous dotation globale (établissements publics de santé et privés ESPIC) et une échelle distincte pour les établissements anciennement sous OQN (secteur privé à but lucratif). Cela s'explique en partie par le fait que les honoraires médicaux ne sont pas pris en compte dans l'échelle de tarif du secteur privé.

4. La fongibilité des enveloppes financières public-privé.

Cette fongibilité supprime la cloison qui séparait les enveloppes public et privé. Cela implique que si l'un des deux secteurs réalise un volume d'activité non conforme aux

objectifs retenus pour l'ensemble de l'activité publique et privée, les tarifs seront revus pour ces deux secteurs. Avec l'application de ce principe, l'évolution de l'activité de l'un influence l'autre.

Les sources de financement

Les sources de financement d'un établissement de santé seront au nombre de six et relèvent directement de la tarification à l'activité. Les grandes recettes d'un hôpital sont présentées en annexe I, page II. Les ressources liées à la tarification à l'activité comprennent celles qui relèvent directement de l'activité et celles qui sont accordées sous forme d'enveloppes ou de forfaits.

Les ressources liées directement à l'activité

- L'activité d'hospitalisation.

C'est la principale ressource de financement, estimée à 80 %. Celle-ci s'articule autour de la classification des malades en GHM. Cette classification permet d'attribuer à la fin du séjour un GHM à chaque patient. La réforme introduit un nouveau concept : le Groupe Homogène de Séjour. L'activité est financée par les tarifs liés à ces GHS. A de rares exceptions près (radiothérapie, dialyse, IVG, soins palliatifs pour les lits dédiés et autogreffe de cellules souches), les GHM, issus du PMSI, et les GHS sont identiques. Toutefois, il est prévu qu'un même GHM soit payé différemment en fonction de la structure ou du mode de prise en charge. Par exemple, le GHM de soins palliatifs est maintenant affecté de deux GHS facturables, selon que l'établissement dispose ou non de lits dédiés de soins palliatifs dans un service, d'un service spécifique de soins palliatifs ou d'une unité mobile. Les séances de dialyse, de radiothérapie, les IVG et les autogreffes de cellules souches donnent également lieu à plusieurs tarifs pour un même GHM.

A chaque GHS est attribué un tarif publié chaque année. A chaque tarif de GHS peut s'ajouter ou se retrancher un prix de journée pour les séjours « extrêmes ». Pour chaque GHS, des bornes de durée de séjour hautes et, pour certains GHS, basses sont précisées. Si la durée de séjour est inférieure à la borne basse, le tarif du GHS est minoré. Si la durée de séjour est supérieure à la borne haute, l'établissement facturera, en plus du GHS, chacune des journées au delà de la borne haute 75 % du tarif ramené à la journée. Par exemple, si la durée normale d'un séjour est de 10 jours et que la borne supérieure est fixée à 30 jours, l'établissement ne sera habilité à facturer qu'au-delà du 30^{ème} jour. Entre les 10^{ème} et 30^{ème} jours, cet établissement travaillera sans ressource supplémentaire. Généralement, l'extrême haut est déterminé en multipliant par 3 la durée

classique du GHS. Les bornes hautes et basses de chaque GHS sont publiées chaque année. Il faut préciser qu'un passage en réanimation interrompt le décompte pour le calcul de l'extrémité haute. A l'inverse, si le séjour est inférieur à la borne basse, le tarif national applicable sera réduit de moitié (cette disposition ne s'applique pas si un décès intervient au cours du séjour). Pour les services de réanimation, de surveillance continue, de soins intensifs et de néonatalogie, les coûts spécifiques à ces services ont été sortis des GHS et un tarif de supplément journalier (avec différents niveaux selon le service) est accordé si certains actes marqueurs sont réalisés (liste annuelle fixée par arrêté).

Le terme malade (du GHM) a été remplacé par le terme de séjour (du GHS) car les GHM ne s'adressaient qu'aux courts séjours (MCO) alors que la tarification à l'activité (et donc les GHS) doit s'étendre secondairement aux soins de suites et de réadaptation et à la psychiatrie. Un terme plus neutre que malade a donc été retenu.

- Les paiements supplémentaires : Médicaments coûteux et Dispositifs Médicaux Implantables (M-DMI).

En général, les coûts liés aux médicaments et dispositifs médicaux implantables sont inclus dans le tarif des GHS. Mais le système prévoit une facturation et un remboursement de certains M-DMI en supplément de l'hospitalisation. Le choix s'est fait selon deux critères : les coûts élevés et la dispersion des coûts des GHS observée si les M-DMI y étaient intégrés. La liste des produits concernés par ce remboursement paraît dans une liste publiée sans caractère périodique.

- Recettes liées à l'activité réalisée en-dehors d'hospitalisation
 - Les consultations et les actes externes (examens diagnostiques...), financés sur la base du CCAM devenue tarifante au 1^{er} janvier 2005.
 - Les urgences, pour les passages sans hospitalisation. Un forfait d'Accueil et de Traitement des Urgences, au tarif de 25,32 € en 2016 (il était de 25 € par passage en 2005), sera pratiqué pour les urgences n'ayant pas donné lieu à hospitalisation. En cas d'hospitalisation, le coût de passage aux urgences est inclus dans le tarif du GHS.
 - L'Hospitalisation A Domicile. Les établissements disposants d'une activité d'HAD facturent un prix de journée variable, tenant compte de divers éléments (protocoles appliqués, mode de prise en charge, indice de dépendance des patients, durée de séjour). Ces éléments donnent lieu à une trentaine de tarifs différents selon une répartition en Groupes Homogènes de Prise en Charge.
 - Les prélèvements d'organes. Chaque prélèvement est remboursé sur la base d'un tarif national publié dans cette même circulaire.

Les ressources liées en partie à l'activité

Il s'agit de rémunérer des charges fixes, distinctes de l'activité, et liées à la permanence des soins, que des patients soient présents ou non. C'est un système en marche d'escalier. Pour les premiers passages ou prélèvements, l'établissement reçoit une somme forfaitaire annuelle, somme qui augmente ensuite par tranche (et non de manière continue). Ceux-ci sont de deux types :

- Les Forfaits Annuels : Urgence (FAU) et le Greffe (FAG),
- La Coordination de Prélèvement d'Organe (CPO).

Les enveloppes et dotations

L'enveloppe Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation (MIGAC) : ce sont des ressources allouées contractuellement par les ARS aux établissements sur leur enveloppe régionale et en fonction, selon les cas, d'un cadre ou de règles définies nationalement. Il s'agit d'un versement forfaitaire, qui constitue une assurance de financement puisqu'elle est déconnectée de l'activité. Cette enveloppe est proche de la dotation globale et l'évolution de son montant est proche de celle connue avec la dotation globale. Cette enveloppe est financée par une dotation nationale qui lui est exclusivement réservée et concerne les missions d'intérêt général, en particulier les Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation, et l'accompagnement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Le premier versant vise à financer un surcoût de 13 % rencontré dans les CHU par rapport aux autres établissements. C'est l'aspect Missions d'Intérêt Général recouvrant les MERRI des CHU. Ce versant est financé selon des règles fixées nationalement par arrêté ou décret. Le second versant concerne l'Aide à la Contractualisation. Allouée par l'ARS, elle vise à financer les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Cette enveloppe matérialise à la fois un concentré des charges de service public, indépendantes de l'activité réelle et le pouvoir des ARS à travers la contractualisation qui consiste à financer des acteurs en dehors de la tarification à l'activité (comme des missions sociales particulières, précarité, réseaux, équipes mobiles de gériatrie, d'addictologie...).

Enfin, une recette subsidiaire perdue, le forfait journalier qui correspond à la participation financière du patient aux frais d'hébergement. Celui-ci n'a pas été modifié par cette réforme mais a connu une forte croissance depuis l'année 2004 qui l'a vu passer de 10,67 € à 18 € par jour. Ce montant est du pour chaque journée d'hospitalisation, jour de sortie compris, pour un séjour supérieur à 24 heures. Toutefois certains patients peuvent être exonérés du forfait hospitalier (femmes enceintes, don d'organe, HAD...).

1.1.3 La construction de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

La réforme de la tarification à l'activité a renversé le paradigme d'un système totalement fondé sur la dépense. La régulation budgétaire est maintenant fondée sur les recettes provenant de l'activité, les ressources de l'établissement étant ajustées à l'activité réalisée. Ce sont donc les recettes qui permettent de calibrer le niveau de dépenses de l'établissement. De son côté, l'établissement procède à des dépenses. Ces dépenses, liées aux coûts de son activité de soins, seront mises en regard des recettes. Les recettes générées visent à couvrir les dépenses engagées par ces mêmes établissements. Le Code de la Santé Publique impose le principe d'équilibre budgétaire et exécuté selon ce même principe (recouvrement des recettes – exécution des dépenses prévues).

L'outil utilisé pour discuter et débattre entre représentants des établissements de santé, comptables publics et tutelles n'est pas nouveau. Il s'agit de l'EPRD, déjà utilisé dans les Etablissements Publics Nationaux³. Cet outil a donc été adapté à l'hôpital et à cette nouvelle procédure budgétaire. Cette tutelle s'exerce principalement à partir de trois documents :

- Un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD),
- Un Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés (TPER) et
- Un Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) portant au minimum sur cinq années.

Jusqu'en 2009, le PGFP, qui existait lui aussi avant la réforme et visait à encadrer la politique d'investissement des établissements, était présenté en annexe de l'EPRD soumis à l'approbation des ARS. Afin de renforcer le caractère global et pluriannuel de la recherche de l'équilibre financier, celui-ci est désormais présenté à l'approbation de l'ARS simultanément à l'EPRD. C'est lui qui définit le cadre de l'équilibre global et pluriannuel dans lequel s'inscrit l'EPRD. Sont également annexés à l'EPRD, le rapport de présentation du directeur de l'établissement (qui explicite l'analyse des équilibres généraux et l'explication des hypothèses retenues), le TPER et les propositions de tarifs de prestations servant de base à la participation du patient. Le TPER, de son côté, décrit les effectifs médicaux et non médicaux dont les rémunérations figurent à l'EPRD. Il ne s'agit pas d'un tableau théorique des effectifs budgétés mais des effectifs médicaux et non médicaux que l'établissement peut rémunérer.

³ L'EPRD est défini par le décret du 29/12/1962 portant règlement général de la comptabilité publique comme « l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses des organismes publics ».

Le cadre de l'EPRD 2015 est fixé par arrêté. Cet arrêté définit précisément le modèle des documents de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés. Le principe du financement des établissements fondé sur l'activité et les recettes a donc pour conséquence un caractère évaluatif des crédits mais avec un suivi des réalisations, des ajustements budgétaires continus et la prévention voire la correction des déséquilibres. Du niveau des recettes estimées dépendra celui des dépenses possibles. Il n'y a plus de base de dépenses reconductible d'une année sur l'autre. Il y a donc nécessité d'un suivi qui vérifie la qualité de la prévision et il y a l'obligation d'ajustement budgétaire si la prévision n'est pas respectée. La contrepartie du caractère prévisionnel de l'EPRD est donc un suivi infra annuel. Ce suivi ainsi que l'exécution de l'EPRD sont transmis au directeur général de l'ARS. Le directeur établit alors un état comparatif de l'activité, des recettes et des dépenses réalisées par rapport aux prévisions. Les états comparatifs étaient transmis à l'issue du premier semestre et des deux trimestres suivants de l'exercice. Depuis 2016, ces états comparatifs ne sont plus transmis que deux fois par année. Cet état comparatif est accompagné de proposition de modification de l'EPRD. Le directeur général de l'ARS peut également demander à l'établissement de présenter un plan de redressement dans certaines situations.

Jusqu'en 2015, l'EPRD préparé par l'établissement devait être transmis au directeur général de l'ARS au plus tard le 15 mars de l'année auquel il se rapporte ou dans les 30 jours suivant la notification des arrêtés fixant les dotations et forfaits annuels si cette notification est postérieure au 15 février. Le décret n°2015-1687 du 16 décembre 2015 avance, à partir de 2017, le calendrier de fixation de l'EPRD et du PGFP des établissements de santé au 1er janvier de l'année civile (31 mars en régime transitoire pour l'année 2016) et renforce la supervision par les ARS des établissements soumis à un Plan de Retour à l'Equilibre (PRE).

Concrètement, deux modes de constructions de l'EPRD se rencontrent dans les établissements de santé. La terminologie la plus souvent retrouvée utilise les termes de « ascendant » et « descendant ». Lors d'une construction dite descendante, l'équipe de direction et en particulier le directeur des finances prépare un EPRD. Cette ébauche est ensuite présentée, débattue puis validée avec les pôles. L'EPRD est alors souvent présenté à l'équilibre mais ce mode est moins participatif et peut générer de la contestation voire de la résistance dans les pôles. Un second mode est présenté comme plus participatif : le mode ascendant. Chaque pôle prépare une EPRD « pôle » avec l'état de ses recettes et de ses dépenses prévisionnelles. Ces différents EPRD « pôles » sont ensuite examinés puis compulsés pour composer l'EPRD de l'établissement. Cette

méthode est perçue comme plus participative mais souvent les pôles restent prudents sur la partie recette et plutôt exhaustifs sur la partie dépenses. Les premières versions des ces EPRD sont généralement déficitaires et doivent être retravaillées, essentiellement sur la partie recette. Cette seconde méthode est donc plus chronophage que la première mais permet d'obtenir une meilleure adhésion des acteurs.

1.2 Rôle stratégique, opérationnel, la légitimité du directeur des soins

Les réformes récentes, du plan « hôpital 2007 » à la Loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, ont permis d'inscrire l'hôpital dans une démarche de management stratégique. Trois éléments de base sont à l'origine de cette évolution : la projection de l'environnement et de son évolution, la percée de l'information médicalisée et, en partie conséquence des deux précédentes, l'émergence d'une compréhension des mécanismes qui régissent la réalisation des prestations des services hospitaliers. L'hôpital est donc passé d'une démarche d'analyse stratégique au management stratégique. Cette stratégie doit se traduire en politique et se retrouver dans le projet d'établissement. Celui-ci prend deux directions : impérative, imposée par la tutelle et libre, spécificité de l'établissement.

1.2.1 Rôle stratégique, rôle fonctionnel, rôle opérationnel, quelle distinction ?

Il convient tout d'abord de définir certains termes et en particulier la stratégie et le management stratégique. Le terme de stratégie est un terme d'origine militaire. Selon l'étymologie grecque, la stratégie est l'art de conduire une armée et de disposer judicieusement ses troupes afin de remporter la victoire. Cette définition peut être transposée au monde de l'entreprise. La stratégie d'entreprise consiste à se fixer des objectifs en fonction de la configuration de l'environnement et des ressources disponibles dans l'organisation puis à allouer ces ressources afin d'obtenir un avantage concurrentiel durable et défendable. Cette notion fait référence à la fois à la direction et la gestion des entreprises et des hommes (management) et aux politiques que toute firme doit nécessairement mettre en place pour atteindre un objectif (stratégie). Le management stratégique est donc l'art de développer la compétitivité d'une entreprise dans le temps en tenant compte de ses moyens, de ses hommes, de ses ambitions et de l'environnement dans lequel elle se trouve. Les décisions qui en découlent relèvent de la direction de l'entreprise et ont pour ambition de définir la stratégie de l'entreprise. Le rôle stratégique dans l'entreprise vise à soutenir la stratégie définie et à contribuer à son succès. Le plan

stratégique donne donc les grandes orientations de l'entreprise sous la forme d'objectifs généraux. La stratégie doit ensuite se traduire en objectifs opérationnels.

Le plan opérationnel définit plus précisément comment les actions qui s'inscrivent dans le cadre fixé par le plan stratégique vont être articulées. Le management se décline alors selon un horizon temporel : à court terme, on parle de management opérationnel, à long terme, on parle de management stratégique. A l'hôpital, les décisions stratégiques sont essentiellement présentées dans le projet d'établissement. Après avoir défini les grandes lignes directrices dans le plan stratégique, il est nécessaire d'établir des objectifs opérationnels afin que chaque membre de l'organisation puisse savoir ce qui doit être fait et ce que l'on attend de lui. Le management opérationnel correspond aux décisions prises par la hiérarchie dite « intermédiaire » (cadres supérieurs...) concernant la gestion courante de l'entreprise. Ces décisions concernent le court ou le moyen terme et ont pour objectif l'optimisation des ressources pour atteindre les objectifs fixés. Entre la dimension stratégique et la dimension opérationnelle, se retrouve parfois une troisième dimension dite fonctionnelle.

La terminologie anglaise distingue deux fonctions le « *staff* » et le « *line* » soit « les bureaux, l'état major » et le « front ». Cette différenciation distingue donc deux rôles qui cohabitent, les rôles fonctionnels et opérationnels. Le « *staff* », les fonctionnels, a pour mission d'assurer le bon fonctionnement de l'organisation, entreprise ou établissement. Ils sont experts dans leur domaine et interviennent dans les activités en lien avec ces compétences. En entreprise, le fonctionnel regroupe habituellement les activités et le personnel ayant un rôle de support à la production, à l'activité principale de l'entreprise, ou une implication dans des projets transversaux (les bureaux d'étude, les services qualité, informatique...). De son côté, l'opérationnel regroupe l'ensemble des activités et du personnel lié directement à la production de l'entreprise (fabrication, production...), acteurs sur les flux traités par l'entreprise. Les services fonctionnels ont un rôle de support, d'expertise par rapport aux services opérationnels. Ils peuvent également avoir un rôle de cadrage et de contrôle de l'activité.

La distinction entre ces trois dimensions, stratégique, fonctionnelle et opérationnelle, n'est pas toujours facile à appréhender. En effet, les décisions n'appartiennent pas complètement à un seul type de rôle, par exemple, un travail sur le redimensionnement d'un service est une décision opérationnelle qui peut avoir des conséquences à long terme. Pour notre travail, nous nous concentrerons sur deux dimensions, les dimensions stratégique et opérationnelle.

1.2.2 La légitimité du directeur des soins

La légitimité est définie dans le dictionnaire Larousse comme étant le « *caractère de ce qui est fondé en droit. Qualité d'un pouvoir d'être conforme aux croyances des gouvernés quant à ses origines et à ses formes* ». Le sociologue Ivan Sainsaulieu précise que la notion de légitimité, issue de la science politique, apparaît adéquate au moment où « *une partie des réformes appelle à l'initiative et supposent l'assentiment des personnels, au sein de collectifs de participation réputés indispensables* ». ⁴ Deux éléments se retrouvent dans ces deux définitions : la légitimité repose sur une autorité fondée sur une base juridique mais doit aussi recevoir le consentement des membres d'un groupe.

Le directeur des soins, membre de l'équipe direction, a vu son action se développer dans plusieurs domaines. La loi portant réforme de l'hôpital et relative à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires du 21 juillet 2009 (dite loi « HPST) est venue finaliser le changement dans le mode de gouvernance des hôpitaux. Le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010, modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002, précise les fonctions et missions du directeur des soins, en lien avec les évolutions de la loi HPST. Le directeur des soins est placé sous l'autorité du directeur d'établissement. Ses activités, précisées dans l'article 4, III, et en lien avec les fonctions financières sont les suivantes :

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

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

6° ...Dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il est associé au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et en tenant compte des compétences et des qualifications ;

10° ... remet au directeur d'établissement un rapport annuel des activités de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, qui est intégré au rapport annuel d'activité de l'établissement présenté aux différentes instances. » ⁵

De plus, un référentiel de compétences des DS a été élaboré à partir du répertoire métier publié par la DGOS en mars 2010. D'après ce répertoire métier, le directeur des soins est placé dans la famille « Management, gestion et aide à la décision » et dans la

⁴ L'hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité – 2007, Ivan Sainsaulieu, Belin, P 66.

⁵ Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

sous famille « management stratégique ». ⁶ Le référentiel de compétence élaboré à partir de ce répertoire définit que :

- « En tant que membre du directoire, le directeur des soins contribue à la conception de la politique de soins en cohérence avec les besoins des territoires au sein des SROS, la stratégie de l'ES, les ressources techniques, financières et humaines et il participe à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et activités de soins,
- Son implication dans la conception, la conduite et le suivi de projets dans les différents champs contribuant au bon fonctionnement de la structure,
- La structuration de l'organisation des missions de la direction de soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux,
- L'identification des besoins et la répartition équitable des ressources disponibles,
- Sa contribution à un management de l'encadrement partagé et institutionnalisé ».

Certaines missions du directeur de soins relèvent donc de son domaine de responsabilité propre en particulier dans trois domaines : la participation au management, l'organisation des soins et la coordination. Celui-ci doit définir les règles garantissant l'équité de l'organisation des soins et des équipes de l'établissement. Ses activités découlent de ces compétences. Il contribue à la continuité des soins en assurant l'équilibre de la répartition quantitative et qualitative des compétences paramédicales ainsi que la solidarité en inter-pôles. Il contrôle la cohérence de l'affectation des paramédicaux et des mobilités internes (parcours professionnalisants). Il propose des organisations de travail innovantes et participe à la mise en œuvre des projets structurants de l'établissement (regroupements, activités, transferts, restructurations).

Le métier de DS voit ses missions renforcées au niveau stratégique, clairement identifiées, en complément des missions de niveau plus opérationnel. Le Directeur de Soins doit connaître l'environnement et les différents acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux du territoire afin de positionner l'offre en soins de l'établissement, en cohérence avec les besoins des populations définis par territoire avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), dans le cadre du Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM).

Ces différents textes nous éclairent donc sur le rôle du directeur des soins en apportant des indications spécifiques plus qu'une définition. En revanche, sa légitimité ne pourra provenir, à l'hôpital, que de la reconnaissance, le consentement des membres de deux groupes : la communauté soignante et les directeurs d'hôpitaux.

⁶ Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie, Fonction Publique hospitalière – Fiche métier en cours « Directeur(trice) des Soins en établissement ».

2 Etude de terrain

2.1 Présentation de l'étude

2.1.1 Méthodologie

Pour mener à bien le questionnement, l'outil d'enquête apparaissant comme le plus adapté était l'entretien. En effet, cet outil permet d'explorer les perceptions, les attitudes, les opinions des personnes interrogées. Compte tenu de la problématique et des hypothèses posées, l'entretien directif ou dirigé conduit au moyen d'un guide composé de questions ouvertes semblait le plus pertinent.

Une phase de pré-enquête s'est déroulée lors d'un premier stage afin de tester un premier guide d'entretien. Trois entretiens préparatoires ont été réalisés auprès de deux directeurs des soins et d'un directeur des finances (les réponses données lors de ces entretiens préparatoires n'ont pas été prises en compte dans l'analyse). Le guide d'entretien a été légèrement réajusté. Le guide utilisé pour l'ensemble des entretiens se trouve en annexe II, page III. Ce guide d'entretien se compose de 4 parties :

- Le cadre de l'enquête (définition de la population interrogée et de son cadre d'exercice),
- L'existant : ce qui se fait dans l'établissement en terme de participation du DS à l'élaboration de l'EPRD,
- Ce qui devrait être fait : ce que le DS pense devoir être de son rôle et les conséquences perçue à la non participation à l'élaboration d'un EPRD,
- La formation.

Dans ce guide d'entretien, le PGFP n'a volontairement pas été abordé. L'objectif était d'évaluer si l'EPRD était intégré « spontanément » dans une réflexion pluriannuelle, en lien en particulier avec les problématiques d'investissement et de réorganisation des secteurs de soins.

Certains des rendez-vous, compte tenu de l'éloignement géographique, étaient des rendez-vous téléphoniques, le recueil de données s'est donc fait au moyen d'une prise de notes.

Les lieux d'enquête et choix de la population interrogée

L'échantillon de répondants retenu associe des directeurs de soins exerçant comme Coordonnateur Général des Soins ou Directeur des Soins en CHU, en CH et en EPSM, dans des établissements excédentaires ou déficitaires.

Au total, dix entretiens ont été réalisés auprès de directeurs de soins.

Trois entretiens ont également été réalisés auprès de directeurs des finances, un en CHU et deux en CH, dont un seul est excédentaire. Deux de ces directeurs des finances exerçaient dans un établissement où le directeur des soins était interrogé.

2.1.2 Les limites de l'étude

La méthodologie appliquée présente des biais à prendre en compte pour l'analyse présentée. Ces limites sont liées à l'outil mais aussi à la population interrogée, personnes et lieux d'exercice.

Liées à l'outil

Certaines questions n'ont pas été intégrées à la grille d'entretien. Dans la phase d'analyse, l'absence de réponse à ces questions n'a pas permis d'approfondir certaines réflexions. Deux questions auraient permis plus de précision :

- L'établissement déficitaire est-il soumis à un PRE ?
- Comment est élaboré l'EPRD de votre établissement (ascendant, descendant) ?

Certaines réponses ont été données spontanément par les répondants mais pas de manière exhaustive et systématique compte tenu de l'absence de question spécifique.

La disponibilité des personnes interrogées n'a pas toujours été favorable à des échanges calmes et sereins. Plusieurs entretiens ont été reportés voire interrompus et cela a pu retentir sur la qualité de l'écoute.

Le recueil de données par prise de notes lors d'entretiens téléphoniques n'a pas pu donner lieu à des enregistrements. Ces notes n'ont pas pu être exhaustives et donc été sélectives.

Liées à la population

Les personnes interrogées ne peuvent pas constituer un échantillon représentatif, l'échantillon étant trop limité. De ce fait, les conclusions de l'analyse portée ne peuvent pas être généralisées. Ces entretiens sont le reflet de point de vue personnels, dans un contexte spécifique et sont donc emprunt d'une certaine subjectivité.

Il aurait été souhaitable, en particulier, de pouvoir comparer les exercices et la situation financière de l'établissement. Or seul deux établissements où exerce un directeur des soins interrogé sont actuellement en situation financière excédentaire.

Au delà du nombre de personnes rencontrées, certains acteurs intervenant dans l'élaboration de l'EPRD n'ont pas été rencontrés, en particulier les médecins (présidents de CME, chefs de pôle) ainsi que des cadres de pôle, paramédicaux ou administratifs.

Les directeurs généraux d'établissement n'ont pas pu être interrogés non plus, les directeurs des finances semblaient être les interlocuteurs principaux sur cette question. Après analyse, il aurait semblé pertinent de connaître les attentes d'un directeur général envers le directeur des soins dans le cadre spécifique de l'élaboration d'un EPRD.

2.2 Analyse des résultats

L'analyse des entretiens se fera en respectant les quatre parties du guide d'entretien. Les réponses des directeurs de soins (nommés DS) seront analysées et complétées par les réponses des Directeurs des Finances (nommés DF). Seuls trois DF ayant été interrogés, il n'était pas possible d'analyser spécifiquement leurs réponses.

2.2.1 Un cadre d'exercice divers

Les réponses à cette série de question seront présentées sous forme de tableau.

Etablissement

Type d'établissement			
CHU	CH	EPSM	
4	5	1	
Taille			
<500 lits	de 500 à 1000 lits	De 1000 à 1500 lits	> à 1500 lits
1	4	2	3
Situation financière			
Excédentaire		Déficitaire	
2		8	

Les trois établissements de plus de 1 500 lits sont tous des CHU (3).

Les deux établissements excédentaires sont des CHU (1500 lits et 3000 lits).

Répondants

Fonction			
CGS		DS	
8		2	
Ancienneté dans la fonction (premier poste de DS en sortie d'école)			
< 2 ans	de 2 à 5 ans	de 5 à 10 ans	> à 10 ans
2	0	3	5
Ancienneté dans le poste			
< 2 ans	de 2 à 5 ans	> à 5 ans	
3	6	1	

Les DS les plus anciens (plus de 5 ans) exercent tous comme CGS, soit huit personnes. Un des DS exerce également la fonction de Directeur de la Qualité, dans un CH.

Les trois directeurs des finances exercent cette fonction depuis au moins 2 ans (2 ans pour le récent et 5 ans pour le plus ancien sur cette fonction), pour deux en CH (déficitaires) et un en CHU (excédentaire).

2.2.2 Une participation limitée à l'élaboration de l'EPRD

Neuf directeurs des soins sur dix déclarent participer à l'élaboration l'EPRD mais le font néanmoins de façon très diverse. Huit DS citent spontanément et rapidement le travail sur les effectifs et leur dimensionnement :

- Six personnes citent le travail sur la définition d'un poste à poste précis (quantitativement et qualitativement),
- Deux répondants citent ce travail de définition de postes dans le cadre spécifique de la construction du TPER.

Sur ces neuf DS, cinq personnes ont précisé que cette participation était fondamentale car ils exerçaient dans un établissement déficitaire : « *dans le cadre d'un PRE, il fallait rendre 60 postes, ma participation était donc essentielle* » (DS3), « *dans un établissement déficitaire, il faut travailler sur les dépenses et en particulier les dépenses de titre 1. Je dois m'assurer que le plafond fixé par les tutelles est respecté* » (DS4), « *notre participation se fait surtout à travers la maîtrise des effectifs* » (DS8). Il n'a pas été possible de faire un lien clair entre participation à l'EPRD et établissement en situation de PRE car la question n'était pas posée. Seul l'aspect excédentaire / déficitaire était abordé.

Enfin, un élément a été mis en avant par quatre personnes, c'est le rôle du DS dans l'organisation des soins et en particulier lors de réorganisations de secteurs de soins. Cette participation au travail de réorganisation visait essentiellement à redéfinir les besoins en personnels paramédicaux. Trois des ces répondants exerçaient dans des établissements en PRE. Ces projets devenaient donc prioritaires pour une question de diminution rapide et importante des dépenses de personnels.

Le DS qui déclare ne pas participer à l'élaboration de l'EPRD a en revanche mis en avant sa participation systématique à tous les groupes de travail ayant un impact sur l'organisation des soins et / ou un impact sur les effectifs paramédicaux : « *Je participe systématiquement à ces travaux* (réorganisation des blocs opératoires, étude capacitaire

en hospitalisation), *donc je participe quelque part indirectement à l'EPRD* » (DS5). Dans ce cas, lors de l'élaboration de l'EPRD, c'est le DRH qui participe aux réunions. Ce DS précise : *« l'EPRD, dans son aspect purement financier, le DS n'a pas besoin de valider »*. Ce DS est le plus ancien dans la fonction (22 ans).

Une seule personne a mis en perspective l'élaboration de l'EPRD et le PGFP. Cette réflexion était en lien avec le volet investissement. Cette personne précise que *« la place du directeur des soins est très en lien avec les ressources humaines, le titre 1, mais aussi en lien avec les équipements, le choix des équipements biomédicaux, l'achat de lits par exemple. Ces différents niveaux se déclinent ensuite dans le PGFP, de dimension pluriannuelle »* (DS8).

Deux catégories d'acteurs ont également été citées :

- Le Directeur des Ressources Humaines (DRH) cité par 6 personnes,
- Les cadres de pôles, et en particulier les cadres paramédicaux de pôle, cités également par 6 personnes.

Le rôle du DRH est assez clair et partagé par les six répondants : le DRH est garant des dépenses et des budgets (5 personnes). L'importance de la collaboration DRH – DS, la nécessité d'un travail partagé et constructif sont spécifiées. En revanche, la collaboration avec les cadres paramédicaux de pôle semble plus complexe.

Les modifications organisationnelles des établissements de santé, et en particulier la mise en place des pôles, ont profondément modifié l'organisation managériale. Dans ce contexte, deux problématiques ont été abordées :

- L'information, ascendante ou descendante (8 personnes),
- L'autonomie / indépendance des pôles (2 personnes).

Concernant l'information descendante, il s'agit essentiellement de former puis d'informer les cadres et plus particulièrement les cadres paramédicaux de pôles puisqu'ils sont perçus comme mettant en œuvre les décisions. L'absence de formation spécifique des cadres de pôle est également citée. Cette question sera abordée dans le chapitre consacré à la formation. Un des DS parle même de souffrance chez les cadres : *« attention à la souffrance des cadres, c'est compliqué. Il faut être en capacité d'accompagner les équipes et en particulier les cadres. Il faut travailler au changement des équipes. Il faut s'appuyer sur les cadres, qui sont parfois en difficulté surtout qu'ils sont dans les mêmes établissements et ont fait pareil quand ils étaient infirmiers »* (DS5).

Une difficulté est pointée dans l'information ascendante : le *reporting*. Quatre personnes expliquent que certains cadres paramédicaux de pôle ont obtenu une certaine

délégation de gestion parfois sans connaissance spécifique. Le DS7 l'exprime en ces termes « *Il y a un problème de compétence chez les cadres de pôle, ce qui amplifie la problématique* ». Ce sont ces mêmes cadres qui participent à l'élaboration de l'EPRD lorsque celui-ci est ascendant. Il devient nécessaire pour le DS d'organiser l'échange de l'information entre le pôle et la direction des soins. En effet, le DS n'est pas toujours informé des décisions prises au niveau d'un pôle, décisions parfois validées par un autre directeur (directeur général, DF, DRH...). Dans ce cadre, certains DS ont signalé la difficulté de pilotage et de mise en œuvre de projets menés par un pôle sans concertation avec la direction des soins. Le DS10 explique qu' « *il est difficile de reprendre les choses quand un premier travail a été fait entre les pôles et la direction des finances* ». Il est à noter que cette problématique de l'information se retrouve essentiellement dans les établissements où l'élaboration de l'EPRD est ascendante.

Cela amène deux DS à faire la distinction entre autonomie et indépendance des pôles. L'autonomie de l'organisation polaire ne doit pas conduire à l'indépendance des pôles, à une organisation en « tuyau d'orgue », horizontale où chaque pôle évolue individuellement. Un DS dit « *nous avons assisté à une autonomisation, voire une indépendance des pôles* » (DS6).

Les trois DF interrogés reconnaissent que le DS participe à l'élaboration de l'EPRD. Lorsque cette participation est détaillée, elle se limite là aussi à la définition de poste à poste ou à la définition d'effectifs cibles selon les deux terminologies utilisées.

Toutefois, cette participation ne concerne que la partie dépenses de l'EPRD. Seule une personne a abordé spontanément la partie recettes. Celle-ci a clairement cité dès l'introduction de ses propos les deux aspects de l'élaboration de l'EPRD. Pour cette partie recette, ce DS déclare « *concernant la partie recette, la réflexion du DS se situe autour de l'organisation des soins, les projets prioritaires du projet de soins qui peuvent avoir un impact direct sur les recettes de l'établissement. Par exemple, les projets d'anticipation de sortie du patient contribuent clairement à diminuer les DMS et donc d'augmenter les recettes* » (DS1). Une seconde personne a précisé que « *les recettes sont une donnée qui doit être prise en compte. Le monde hospitalier est complexe, il ne fixe pas ses tarifs ni ses dépenses avec un corps médical à gérer* » (DS2).

Les réponses abordant les recettes uniquement sur la définition de moyens nécessaires lors de mesures nouvelles, et donc plutôt en lien avec un aspect dépenses, n'ont pas été prises en compte (deux personnes). Une personne a fait le lien avec les MIGAC : « *Il faut bien comprendre la construction (de l'EPRD) car il y a un impact*

financier derrière. Par exemple les MIGAC, si l'enveloppe baisse, cela correspond à des postes à rendre » (DS5).

Sept personnes ont mis en avant une complexité particulière générée par l'élaboration d'un EPRD ascendant (même si ce terme d'« ascendant » n'a pas été utilisé). En effet, une première phase d'échange a lieu entre direction générale et / ou direction des finances voire DRH et chaque pôle, phase qui exclue le directeur des soins. Le directeur des soins est intégré dans un second temps dans la discussion. Celui-ci doit donc valider les propositions des pôles, procéder à des réajustements entre pôles.

Les réponses à cette question peuvent sembler positives, neuf DS déclarant participer à l'élaboration de l'EPRD. Néanmoins, cette participation semble se limiter uniquement à la partie dépense et plus spécifiquement au travail sur le dimensionnement des effectifs (élaboration de poste à poste) et le TPER. Les réponses des trois DF confirment cette place « attendue » du DS. Une complexité spécifique est notée lors de l'élaboration et le suivi d'un EPRD ascendant.

2.2.3 Un rôle perçu comme essentiel

Même si le directeur des finances est majoritairement perçu comme l'acteur principal de l'élaboration de l'EPRD (6 personnes), l'ensemble des DS interrogés déclare qu'ils doivent jouer un rôle dans l'élaboration de l'EPRD, en lien avec leurs compétences spécifiques. Un DS dit « *je ne pourrais pas le construire mais il est impératif de le comprendre* » (DS6). Le rôle attendu est cependant très différent selon les répondants.

Une première distinction peut être faite entre :

- Un rôle « direct » : le DS doit participer directement à l'élaboration de l'EPRD (8 personnes)
- Un rôle « indirect » : Le DS ne participe pas à l'élaboration de l'EPRD mais participe à des travaux préparatoires à l'élaboration de l'EPRD (2 personnes).

Les éléments mis en avant pour que le DS joue un rôle direct sont les suivants :

- Connaissances des besoins en PNM, calcul d'effectifs et affectation de ces moyens (7 personnes). Le DS2 précise « *le DRH est garant des dépenses mais il ne peut pas évaluer les besoins. Qui a la légitimité ? Le directeur des soins* ».
- Légitimité spécifique du DS auprès de la communauté médicale (2 personnes).

Le rôle dit indirect concerne essentiellement la participation aux projets, en particulier sur l'évaluation des besoins en PNM sur des projets d'organisation et / ou de

réorganisation. Ce rôle est défini comme indirect car le travail se fait hors travail d'élaboration de l'EPRD. Le résultat de ces réflexions est intégré secondairement lors de l'élaboration de l'EPRD. La DS9 précise « *avec la participation du directeur des soins, le travail est plus efficace, plus anticipé* ».

Trois personnes ont signalé que ces travaux sur les réorganisations avaient été menés au sein des pôles concernés, sans y avoir associé le DS. Cette absence de participation du DS avait générée des problématiques spécifiques : non prise en compte de besoins en PNM en particulier les personnels de rééducation et médico-technique, non respect des compétences (déqualification)... La participation à la réflexion sur les organisations est mise en avant par 7 personnes.

Aucun lien n'a pu être fait entre rôle direct et indirect et ancienneté du directeur des soins.

Trois personnes ont abordé le PGFP dans cette question en précisant qu'il fallait intégré l'exercice de l'EPRD dans un objectif plus global. Ces trois personnes citent l'importance d'aborder l'axe investissement en parallèle à la réflexion annuelle EPRD. Le lien est fait sur les besoins de matériel médical et hôtelier. Une personne a souligné l'importance de développer, avec d'autres membres de l'équipe de direction, un schéma pluriannuel de travaux. Cette réflexion est à mettre en lien avec le travail du DS sur les organisations.

Comme pour la question précédente, les DS ont essentiellement évoqué la partie dépenses de l'EPRD. Le DS qui avait abordé les recettes spontanément à la première question est revenu rapidement sur l'aspect recette et déclare « *oui, fatalement puisqu'il ce qui est facile sur le papier c'est de diminuer les dépenses. En revanche, sur les recettes, demeure une incertitude sur la future activité* » (DS1).

Les trois DF interrogés, comme pour la question précédente, pensent que le rôle attendu du DS ne concerne que la définition de poste à poste et à la définition d'effectifs cibles. Un des DF fait la distinction entre élaboration ascendante et descendante de l'EPRD et précise qu'en situation d'élaboration ascendante, il devient complexe d'associer le DS compte tenu des délais contraints et du nombre d'acteurs. Celui-ci précise que la participation du DS sera plus indirecte dans le cadre d'un EPRD ascendant. Aucun des DF interrogés n'a abordé la place du DS dans l'organisation ou d'éventuelles réorganisations d'unités de soins.

Quatre personnes mettent en avant le rôle fondamental du DS comme garant de la qualité et de la sécurité des soins, dont la personne exerçant également comme directeur

de la qualité. Il se présente comme le « garde fou » de la qualité. La valeur ajoutée du DS se situe à ce niveau : être en capacité de concilier les besoins d'effectifs soignants et les impératifs de qualité et sécurité des soins. Le DS5 explique que le « *directeur des soins est entre la qualité, le minimum à maintenir, et la réalité* ». Une autre personne explique que « *sans associé le directeur des soins aux réflexions (sur la définition de poste à poste), il y a eu des dérives, il y a eu des déqualifications de postes d'aide-soignant en ASH* » (DS6). Le DS7 déclare « *souvent la seule question est : tu rends combien de poste ? Il y a moins de questionnement sur la qualité* ». Un des DF a lui aussi abordé ce sujet et déclare « *certaines directeurs des soins pensent qu'en réfléchissant comme ça (définition d'effectifs cibles), la sécurité des soins est mise en cause* » (DF1).

Les réponses à la question concernant les conséquences perçues à la non association des DS à l'élaboration de l'EPRD ont été assez spontanées. Six personnes ont déclaré qu'il était inconcevable de ne pas associer le DS à l'élaboration de l'EPRD compte tenu du poids des dépenses de titre 1, majoritairement des dépenses de personnel soignant. Sa compétence concernant la définition des effectifs, de la qualification et de la répartition est également mise en avant. Deux personnes précisent qu'il n'y a pas d'effectifs normés pour tous les services et que la définition d'effectifs relève donc de la compétence spécifique du DS. Une personne signale que le risque principal serait que des décisions purement financières soient prises avec par exemple des « *des diminutions d'effectifs sans que les organisations soignantes aient été pensées en lien, et donc un risque direct sur la qualité et la sécurité des soins, voire la continuité des soins* » (DS8).

Deux autres personnes ont signalé que l'équilibre financier d'un établissement était précaire. Leur établissement avait été excédentaire puis, depuis un à trois ans, déficitaire. Ceux-ci ont mis en avant des difficultés accrues compte tenu de cette situation, en particulier le refus de mesures nouvelles d'économies de la part de la communauté médicale et des exécutifs de pôles.

2.2.4 Une formation jugée insuffisante

L'ensemble des personnes interrogées met en avant l'absence ou l'insuffisance de formation. Concernant la formation initiale à l'EHESP, les répondants peuvent être classés en deux groupes :

- Les plus anciens, formés alors que la tarification à l'activité n'était pas encore mise en œuvre. Ils ont donc reçu une formation en lien avec la dotation globale,

- Les plus récemment formé, alors que la tarification à l'activité et donc l'EPRD existait.

Une personne précise qu'au moment de sa formation à l'EHESP, il y avait un parcours différencié entre DS allant exercer en formation et DS allant exercer en gestion. Celle-ci prenant un poste en formation, elle avait suivi le module de formation « financement des instituts de formation ». L'ensemble des personnes interrogées déclare donc un déficit de formation sur ce sujet.

L'ensemble des dix répondants regrette ce déficit de formation. Même si le directeur des soins n'est pas un directeur financier, et même s'il ne se perçoit pas comme un « spécialiste » des finances, une formation en finance doit permettre de comprendre ce sujet. Le DS doit maîtriser ces notions afin de comprendre les enjeux, les problématiques engendrées par l'élaboration et le suivi de l'EPRD. Une personne déclare : *« il faut montrer que l'on est pas (le DS) un abruti de première et que l'on a des choses à dire, sur plusieurs sujets : organisation, travaux... On s'impose par ses compétences »* (DS4).

Les deux DS exerçant depuis moins de deux ans précisent que la formation reçue à l'EHESP leur semblait adaptée (même si ces personnes déclaraient un déficit de formation). Celles-ci pointaient l'absence d'appropriation, d'intérêt pour cette formation : *« Tout le monde ne s'intéressait pas, les connaissances de base (des élèves DS) n'étaient pas les mêmes, il était donc difficile de faire une intervention »* (DS 6).

A la question « avez reçu une formation autre ? », sept personnes disent avoir reçu une formation « à la carte » de la part du Directeur des Finances. Les connaissances des DS ont donc été acquises sur le terrain, par l'intermédiaire du DF en poste dans leur établissement d'exercice. La question de la fiabilité de l'information peut se poser. Quel impact et quelle objectivité de la formation donnée et / ou de l'information transmise du DF au DS, en particulier dans les situations d'établissements déficitaires voire en PRE ?

Deux personnes ont précisé que certains établissements de santé s'entouraient de financiers « purs » et plus de « DH » en poste de directeur des finances compte tenu de la spécificité de ce poste. Un des directeurs des finances interrogé a indiqué ne pas avoir suivi la formation « DH » à l'EHESP. Celui-ci déclare *« les DH non plus n'ont pas reçu de formation suffisante. La formation en finance est très mauvaise (à l'EHESP). Certains DF, en CDD, n'ont pas fait Rennes. Il y a nécessité d'avoir des connaissances et donc une formation spécifique. Pour moi, après l'EHESP, on peut être directeur du budget mais pas directeur de finances »*.

Trois personnes ont suivi un master autre que celui proposé à l'EHESP. Cette formation est décrite comme ayant apporté plus de connaissances en finance que la formation reçue à l'EHESP.

Aucune personne interrogée n'a abordé la question de la formation continue.

Une personne a déclaré *« je fais un parallèle avec la qualité. Au début on bricolait. Mais maintenant, il faut une vraie expertise du directeur des soins. Personnellement, j'ai des lacunes sur ce sujet (EPRD / finance) »*.

Lorsque cette question était abordée, alors qu'elle concernait la formation du DS, sept personnes ont abordé la question de la formation des cadres et en particulier des cadres de pôles. Le DS4 déclare *« il faut donner une formation aux cadres de pôle pour qu'ils comprennent les enjeux. Et ce sont eux qui le mettent en œuvre dans les pôles, avec les cadres »*. Cette remarque est à mettre en lien avec le mode d'élaboration et le suivi de l'EPRD. Un EPRD ascendant associe les pôles. Les cadres de pôles, paramédicaux et administratifs, participent directement à l'élaboration et au suivi de l'EPRD. Dans ce cas, le DS est peu associé à cette démarche.

La dernière question était une question ouverte et proposais au DS d'ajouter quelque chose en conclusion. Les deux idées qui ont été le plus souvent citées sont :

- La personne (le DS) fait son poste (4 personnes),
- La formation en finance intéressait peu les DS (3 personnes).

Il existe une certaine ambivalence chez les répondants. Les dix personnes ont regretté un manque de formation en finance mais trois personnes indiquent que quand cette formation était faite, elle intéressait peu les DS.

La seconde idée est que la personne en poste, le DS, fait son poste. Cette idée est clairement exprimée par le DS 6 : *« Nous revendiquons d'être de vrais directeurs, il faut donc maîtriser le sujet pour intervenir, proposer... »*. Cette seconde idée est à rapprocher de la notion de légitimité. Le directeur des soins possède une connaissance, et une autorité fondée sur une base juridique. Celui-ci doit également obtenir le consentement des membres d'un groupe et donc sa reconnaissance. Dans ce cas, il s'agit essentiellement du groupe de directeurs. Le DS est légitime quand il est reconnu comme directeur « à part entière » par le groupe de directeur.

2.3 De l'analyse au diagnostic

Dans l'ensemble des articles consacrés à l'EPRD consultés pour ce travail, le directeur des soins est absent. Quelque soit la méthodologie adoptée, ascendante ou descendante, de nombreux acteurs sont évoqués : Directeur Général, chefs de pôle, directeur des finances, DIM... Mais à aucun moment n'est mentionné le directeur des soins, y compris lorsque les sujets abordés relèvent de sa compétence et de ses missions : réorganisation d'unités de soins, effectifs soignants à mettre en regard, travail à initier ou poursuivre sur les DMS...

Les directeurs de soins, de leur côté, voient leur participation à l'élaboration de l'EPRD comme essentielle, neuf DS déclarant y participer. Néanmoins, cette participation semble limitée à la partie dépense de l'EPRD, à court terme, avec un manque de projection stratégique en particulier dans les activités et donc les recettes. Le directeur des soins qui ne participait pas directement à l'élaboration de l'EPRD semble néanmoins être celui ayant le plus d'impact sur celui-ci par sa participation active à tous les projets de modification de structure et d'organisation des activités de soins, y compris dans sa participation à l'évaluation de l'évolution de l'activité.

Plusieurs éléments peuvent expliquer cela :

- Un déficit de formation exprimé par l'ensemble des DS interrogés,
- Une absence de légitimité du DS sur les questions financières,
- Une complexification de leur action compte tenu de l'organisation « polaire » des établissements de santé. Cette organisation génère une complexité spécifique lors de l'élaboration et le suivi d'un EPRD, en particulier avec des EPRD ascendants.

Les préconisations proposées dans le chapitre suivant devraient permettre d'améliorer cette situation. Celles-ci seront de trois ordres et en lien avec :

- Le rôle stratégique du directeur des soins, à long terme,
- Le rôle opérationnel, à plus court terme,
- La formation.

3 Des préconisations pour une participation active du directeur des soins à l'élaboration et au suivi de l'EPRD

3.1 Le rôle stratégique, un investissement à long terme

L'élaboration de l'EPRD est un exercice annuel. Néanmoins, celui-ci s'inscrit dans un plan stratégique, à plus long terme. L'EPRD est l'expression et la déclinaison budgétaire annuelle des orientations stratégiques de l'établissement, définies dans le projet d'établissement. Le projet d'établissement est lui-même à l'origine des projets médicaux, de soins et sociaux. Chaque pôle décline ensuite ces projets au travers d'un projet de pôle, le chef de pôle signant un contrat de pôle avec le directeur d'établissement.

Cette évolution récente de l'organisation hospitalière nécessite donc d'instaurer et d'organiser un dialogue de gestion avec les pôles mais aussi de revoir la politique managériale.

3.1.1 Instaurer et organiser un dialogue de gestion avec les pôles

La mise en place d'un dialogue de gestion doit permettre, dans l'organisation hospitalière actuelle, l'appropriation de la démarche et de ses objectifs par l'ensemble des acteurs, médecins, cadres de pôle, cadres de santé. La définition d'objectifs réalistes et pilotables vise à obtenir le moins d'écart possible entre l'EPRD, prévisionnel, et le réalisé. Les acteurs de tous les niveaux :

- Sont rendus responsables des résultats qu'ils obtiennent,
- Sont dotés de marges de manœuvre,
- Ont des ressources à gérer, en particulier les ressources humaines.

Le dialogue de gestion est défini comme « *un processus d'échange entre la direction et les chefs de pôles [...] qui a pour but d'assurer l'alignement stratégique entre les objectifs de ces différents acteurs* ». ⁷ Le but recherché par la mise en place de ce dialogue de gestion entre direction et pôles est d'atteindre des objectifs préalablement établis. Cette démarche structurée doit être formalisée afin de garantir la cohérence entre tous les projets. Celle-ci doit permettre l'échange d'information entre le niveau opérationnel et le niveau stratégique et ainsi de gérer de façon optimale les moyens financiers, techniques et humains. Même si les établissements de santé sont organisés en pôle d'activités depuis 2007, tous les établissements n'ont pas encore engagé ou optimisé cette démarche de dialogue de gestion.

⁷ Guide du contrôle de gestion à l'hôpital, 30 fiches-outils – 2015, Coordination Olivier Baly, Presses de l'EHESP, P 19.

Dans ce cadre, même si chaque établissement peut fixer un calendrier spécifique en fonction de son organisation, de sa taille, ce calendrier doit s'articuler autour des procédures d'élaboration des PGFP et des EPRD ainsi que de leur suivi. Ces échéanciers de calendrier doivent être définis en concertation avec l'équipe de direction et les pôles. Dans un deuxième temps, les étapes et le rôle de chacun doivent être fixés et inscrits dans le calendrier préalablement fixé.

Le contrat de pôle définit les objectifs assignés au pôle pour quatre ans. Chaque année, un avenant au contrat de pôle définit les objectifs opérationnels de performance fixés au pôle concerné. Ces objectifs annuels doivent reprendre certains thèmes :

- L'activité : activité attendue, d'éventuel développement d'activités...
- Les recettes et les dépenses attendues,
- La déclinaison du projet de soins,
- La politique de qualité et de sécurité des soins du pôle,
- L'organisation du pôle et ses modalités de fonctionnement.

Les contrats et avenants annuels définissent également les moyens mis à la disposition de chaque pôle pour atteindre ces objectifs et en particulier les enveloppes budgétaires déléguées (dépenses de remplacement, formation, équipements...) et le TPER du pôle.

La mise en place d'une gestion déléguée découle du Code de la Santé Publique, article R 6146-8, qui accorde aux chefs de pôle le pilotage opérationnel de leur pôle. Cette autonomie de gestion ainsi conférée recouvre l'organisation interne du pôle et plus spécifiquement certains domaines :

- Gestion du TPER du pôle et répartition des moyens humains affectés au pôle,
- Définition des profils de poste,
- Proposition au directeur de recrutement de personnels non titulaires pour le pôle,
- Affectation des personnels au sein du pôle,
- Participation au plan de formation des personnels.

La mise en œuvre de cette gestion déléguée suppose de clarifier les relations entre les pôles et les directions fonctionnelles. Compte tenu des domaines concernés par cette délégation de gestion et de son impact, le DS doit être un acteur indispensable. Celui-ci doit apporter son expertise en participant aux différentes réunions, réunions d'arbitrage sur la pré-notification des enveloppes et crédits délégués. Cette démarche dans sa globalité vise à déterminer les activités et donc les recettes attendues de chaque pôle mais aussi ses dépenses, et en particulier les dépenses de titre 1. Cette contribution active du DS à la politique de dialogue de gestion permet donc sa participation indirecte à l'élaboration et au suivi de l'EPRD, en particulier lorsque celui-ci est ascendant.

Cependant, une problématique perdure, c'est celle de la discordance de temps et de cycles entre le CPOM, le PGFP, le projet d'établissement établis pour cinq ans et les contrats internes (contrats de pôle, nomination des chefs de pôles...) établis sur 4 ans. Il est donc essentiel de structurer cette démarche afin d'assurer la continuité des projets engagés.

3.1.2 Réformer la politique managériale dans un contexte d'organisation hospitalière bouleversée

La réforme de l'organisation hospitalière, et en particulier la mise en place des pôles d'activités, a profondément modifié les lignes hiérarchiques. Cette évolution organisationnelle a renforcé le rôle des cadres impliqués dans les pôles. Une nouvelle fonction est apparue : cadre paramédical de pôle. Nommé sur proposition du chef de pôle, le cadre paramédical a désormais une responsabilité dans les décisions qui concernent le pôle en assistant le chef de pôle dans le pilotage des activités. Celui-ci est impliqué dans l'élaboration du projet de pôle, l'organisation des activités de soins, la contractualisation avec la direction, ainsi que l'analyse et les décisions médico-économiques qui en découlent. Le discours et l'intension de l'équipe de direction se veulent souvent participatif mais sont souvent contredits par une pratique encore trop centralisée des décisions et par des informations essentiellement descendantes. Ce décalage est souvent mal perçu par les équipes d'encadrement. De nouvelles relations doivent alors émerger entre le DS et les équipes d'encadrement, et plus particulièrement les cadres paramédicaux de pôle.

Dans ce contexte, le DS doit revoir les modes managériaux de l'établissement. Le premier outil à sa disposition est le projet de soins. Celui-ci doit intégrer spécifiquement un volet managérial, secondairement décliné dans chaque projet de pôle. Le DS doit s'assurer de la cohérence et de la complémentarité entre le projet de soins et les projets de pôle. Le rôle du DS doit être triple :

- Impulser la politique managériale au travers du projet de soins et de sa déclinaison,
- Piloter les projets en coordonnant les actions de chaque acteur et en s'assurant de la cohérence entre les différents projets,
- Animer la communauté cadre.

Afin d'optimiser cette politique managériale, plusieurs actions peuvent être préconisées :

- Définir un schéma cible de l'encadrement.
- Etablir et diffuser un organigramme clair de la direction des soins.
- Réviser les fiches de poste de chacun des acteurs, cadre paramédical de pôle, cadre supérieur de santé et cadre de santé. Ces fiches de postes doivent définir précisément le rôle de chacun et établir des liaisons hiérarchiques et fonctionnelles claires.
- Organiser des moments d'échanges avec les équipes d'encadrement autre que les réunions d'encadrement. Ces moments visent à éviter chez les cadres le sentiment d'information descendante de la part de l'équipe de direction. Ces rencontres peuvent être l'occasion de présenter la démarche d'élaboration de l'EPRD, la TPER, faire les liens avec les décisions prises en équipe de direction, la prise en charge des patients... Dans ce cadre, il peut être également organisé un séminaire annuel avec les pôles pour présenter l'avancée des projets dans chacun des pôles.
- Structurer le dialogue de gestion avec les pôles, cette structuration inclus la définition précise du rôle de chacun des acteurs (cette question a été abordée dans le chapitre précédent),

Certains des DS interrogés ont mis en place des actions spécifiques :

- Un bilan d'étonnement à 3 mois établis par chaque cadre de santé prenant un nouveau poste,
- La mise en place d'une politique spécifique d'accompagnement des faisant fonction de cadre de santé (formation, tutorat).

Nous pouvons également noter à ce sujet le changement de terminologie chez les sages-femmes exerçant des missions d'encadrement. Les sages-femmes anciennement cadre de santé s'appelle maintenant coordinatrices opérationnelles et les sages-femmes cadre supérieur de santé sont des coordinatrices stratégiques. Cette distinction précise mieux le rôle de chaque acteur dans l'organisation.

3.2 Un rôle opérationnel : participer au suivi de l'EPRD

Chaque établissement de santé est tenu de suivre et d'analyser les conditions d'exécution de l'EPRD. Le nouvel article R. 6145-6 du Code de la Santé Publique réduit de trois à deux le nombre de rapports infra-annuels de l'EPRD. De plus, grâce à un EPRD désormais arrêté au 1^{er} janvier, les procédures de suivi sont allégées. Toutefois, Il est

nécessaire de structurer les échanges avec les pôles pour préserver le lien entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel. Plusieurs pistes peuvent être retenues : intégrer le DS dans tous les projets de réorganisation, suivre le tableau des emplois et les dépenses de personnel, participer à la politique d'optimisation des recettes.

3.2.1 Intégrer le directeur des soins dans la réflexion sur les réorganisations d'activités

Les DS interrogés ont pour la plupart regretté de ne pas être suffisamment associé aux démarches de réorganisations d'activités. Il est donc nécessaire de structurer les réflexions autour de ces projets de réorganisations des activités de soins, cliniques ou médico-techniques. Ces projets sont de nature diverses : mutualisation d'activités, ouverture d'unité, développement d'activités nouvelles... Ces projets peuvent s'inscrire dans une réflexion plus globale sur des plateaux d'activités. Deux logiques peuvent être retenues : une logique d'organe (plateaux médico-chirurgicaux de digestif par exemple) ou une logique par type de prise en charge (chirurgicale, médicale...).

Dans un premier temps, chaque projet doit donner lieu à la réalisation de deux études conjointes :

- Une étude d'opportunité : intérêt du patient et de l'établissement (à quel besoin de santé de la population répond cette réorganisation, intégration dans le projet d'établissement, médical ou de pôle),
- Une étude médico-économique : équilibre financier (quel sera l'impact d'un projet en terme de recettes et de dépenses attendues).

Une cellule dite « médico-économique » peut être instaurée pour étudier les projets proposés par un pôle ou un service. Cette cellule devrait se composer des personnes suivantes :

- Le Directeur Général
- Le Directeur des finances
- Le DRH
- Le DS
- Un représentant du Département de l'Information Médicale
- Un ou plusieurs référents médicaux (désignés par le président de la CME)

Le service ou le pôle rédige une fiche projet. Cette fiche intègre :

- Le chef de projet, l'équipe participant au projet, et la validation du pôle,
- La description du projet, ses objectifs, la réponse aux besoins de santé de la population,
- L'inclusion du projet dans le projet d'établissement ou le projet de pôle,

- L'impact médico-économique du projet, impliquant les ressources humaines, les recettes attendues, le matériel (biomédical ou hôtelier) mais également l'impact sur la qualité et la sécurité des soins, l'attractivité pour l'établissement...
- Le calendrier prévisionnel de réalisation,
- L'organisation de l'évaluation de ce projet.

Cette fiche est ensuite présentée à la commission qui donnera un avis. Cette démarche structurée doit donc permettre aux décideurs d'évaluer la pertinence d'un projet puis sa validation ou non. Une proposition de fiche projet se trouve en annexe III, page V.

Si le projet est validé, une seconde étape se dessine alors, la mise en œuvre du projet lui-même. Les propositions d'actions sont, pour chaque projet de réorganisation :

- Définir un comité de pilotage composé de trois personnes et comprenant un directeur d'une direction fonctionnelle, le directeur des soins et un représentant du pôle et associant un représentant de la communauté médicale,
- Etablir un calendrier et un échéancier précis de la mise en œuvre,
- Prévoir une étape d'évaluation de la mise en place du projet : comparatif entre le prévisionnel prévu dans la fiche et le réalisé.

La place du directeur des soins ne doit pas se limiter à la définition des moyens en personnel non médical lié à un projet. Cette réflexion doit se faire dans un second temps. Ses connaissances doivent lui permettre, en lien avec les équipes médicales, de prévoir la typologie de patients accueillis, les durées moyennes de séjour, les soins dispensés, les besoins en lits et donc de participer à la définition des recettes attendues.

3.2.2 Suivre le tableau des emplois et les dépenses de personnel par pôle

L'étape initiale, préalable au suivi, est la constitution d'un poste à poste par unité, regroupé par pôle puis pour l'ensemble de l'établissement. L'ensemble de ces données constitue un tableau des emplois non médicaux. Le calibrage des ETP dans le poste à poste est fonction de diverses informations : population concernée et type de prise en charge, nombre de lits et configuration, taux d'occupation et typologie (MCO, SSR...), organisation de travail retenue et schémas horaires... Sont pris en compte les éléments pouvant impacter les besoins en PNM (complexité de certaines prise en charge, contraintes architecturales...), la garantie d'une présence effective du PNM est apportée sur l'ensemble des plages horaires. La densité de personnel dépend des organisations horaires retenues et de l'amplitude annuelle couverte (besoins sur 365 jours ou 250 jours hors week-end).

Pour un certain nombre de disciplines médico-chirurgicales, il existe des textes réglementaires précisant les ratios en personnels nécessaires en fonction du nombre de malades et / ou places (réanimation adulte, hémodialyse...). Cependant, pour la majorité des situations, aucune indication formelle n'est avancée. Il convient donc de prendre en compte de nombreux paramètres, énoncés précédemment. Ne sont pas pris en compte dans la définition initiale des besoins l'absentéisme maladie et la formation. Des ajustements peuvent être faits en intégrant le taux d'arrêt maladie de la structure ainsi qu'un nombre de jours absence formation.

Afin de suivre ce tableau des emplois et les dépenses de personnels non médicaux, il est nécessaire d'élaborer un tableau de bord avec la DRH, la DS et les pôles. L'outil de suivi partagé doit répondre à un socle commun d'attente même si les besoins de ces différents acteurs peuvent être différents. Le directeur des soins doit être étroitement associé à cette démarche. En effet, celui-ci est le garant de l'équité dans l'attribution des moyens entre les pôles, il peut revoir les affectations de moyens d'un pôle à l'autre si nécessaire.

Les objectifs de cette démarche sont les suivants :

- Suivre les objectifs fixés dans l'avenant annuel du contrat de pôle et les résultats,
- Fournir et partager des données actualisées en évaluant des coûts de PNM au plus proche de la consommation,
- Diffuser des indicateurs simples et opérationnels,
- Evaluer les variabilités saisonnières pour les anticiper,
- Réajuster les moyens en cours d'année si nécessaire,
- Servir de base pour une discussion si besoin et de mettre en place rapidement des plans d'action adaptés,
- Anticiper la construction du TPER de l'établissement dans le cadre d'un EPRD ascendant.

Cette démarche se déroule en trois étapes au moment de sa mise en place :

1. Définir le contenu du tableau de bord

Cette première étape doit définir les éléments constituant ce tableau de bord. Une première réunion avec les acteurs doit permettre cela. L'unité de suivi des personnels permanents doit être clairement définie. Les instructions ministérielles⁸ sont très précises quant à la définition des ETP. Le nombre de personnel doit figurer en Equivalent Temps Plein Rémunéré (ETPR) et non en Equivalent Temps Plein travaillé (ETPT). C'est donc

⁸ Instruction ministérielle N° DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé.

l'équivalent budgétaire et non la quotité de temps de travail qui est retenu. Un agent à 80% est donc comptabilisé en ETP pour 0,86 %. Cette différence est souvent à l'origine d'un différentiel entre les effectifs suivi en ETPT et les ETPR et donc la masse salariale. Le suivi en ETPR évite cet écart.

Comparatif de calcul ETPT et ETPR :

Grade IDE	ETPT	ETPR
4 IDE à 100%	4	4
4 IDE à 80%	3,2	3,44
1 IDE à 90 %	0,9	0,91
Total	8,1	8,35
Valorisation (coût moyen IDE 45 000 €)	364 500 €	375 750 € + 11 250 € / ETPT

Les éléments proposés sont, par pôle :

- Les effectifs permanents (stagiaires, titulaires) autorisés par grade (unité retenue : ETPR / grade),
- Le droit à la suppléance (en mission ou mensualités),
- Les heures supplémentaires (en temps ou masse salariale),
- Les CDD de remplacement (en mensualités).

Les indicateurs en lien avec les moyens de remplacements doivent être corrélés à des indicateurs d'absentéisme. Un exemple de tableau de bord est proposé en annexe IV, page VIII.

2. Définir les modalités de production et d'évolution du tableau de bord

Les trois acteurs concernés doivent se concerter et définir qui complète ces tableaux mais également définir des modalités de contrôle.

La proposition est que chaque pôle organise le suivi des ses indicateurs. Un rencontre mensuelle doit être organisée avec un gestionnaire de la DRH afin de partager les informations (arrivées / départs, modifications de quotité...). Cette rencontre permet la fiabilisation des données.

3. Etablir ses modalités de suivi

Une réunion trimestrielle doit être organisée entre chaque pôle, la DRH et la direction des soins afin de vérifier les données et de réajuster si nécessaire (optimiser l'adéquation entre les ressources et l'activité, revoir les moyens de remplacements en fonction des indicateurs d'absentéisme par exemple).

Ce suivi trimestriel des dépenses de titre 1 doit être mis en regard des recettes de l'établissement et donc du suivi de l'EPRD validé par les tutelles. Ce travail de suivi doit permettre d'avoir une information fiabilisée au moment de l'élaboration de l'EPRD suivant, et en particulier dans la définition du TPER..

Lors d'une étude réalisée en mai 2016 par le groupe de service Obea pour la Fédération Hospitalière de France, 80% des directeurs hospitaliers en charge de RH déclarent que la maîtrise de la masse salariale est leur premier sujet de mobilisation. 92% d'entre eux évoquent le fait que les contraintes économiques et budgétaires dictent les politiques RH. Un élément est à mettre en parallèle, la baisse annuelle des tarifs des GHS. L'enveloppe consacrée à la santé reste constante donc une augmentation globale de l'activité génère une baisse des tarifs. Ce contexte met sous tension toute cette problématique RH. Sachant qu'en parallèle, les dépenses de titre 1 augmentent par un phénomène de glissement – vieillissement – technicité (GVT) parfois associé à une augmentation du point d'indice. Cela explique en partie l'équilibre précaire de certains établissements excédentaires.

3.2.3 Participer à l'optimisation de recettes

Le second volet à mettre en regard des dépenses est le travail sur l'augmentation ou l'optimisation des recettes. Le DS, dans son champ de compétences, peut initier ou participer directement à ce travail. Plusieurs propositions qui parfois se complètent peuvent être faites en ce sens. Ces propositions sont simples à mettre en œuvre et peuvent générer des recettes ou des économies.

Travail sur l'harmonisation des pratiques professionnelles

Les différentes pratiques de soins d'un service à l'autre, parfois même à l'intérieur d'un service, pose la question de la qualité et de la sécurité des soins mais sont aussi générateurs de surcoûts. Plusieurs exemples peuvent être cités : protocoles de pansements / plaies et cicatrisation (des pratiques différentes entraînent un allongement des DMS par retard de cicatrisation), protocoles en lien avec les pansements de cathéters veineux centraux (périodicité des pansements...) ou encore préparation de l'opéré.

Ce travail d'harmonisation des pratiques professionnelles peut générer deux types de gains : une augmentation possible du nombre de séjours et donc de recettes par une diminution des DMS et par des économies d'échelle par une standardisation du matériel utilisé. Ce travail aidera aussi les professionnels de santé dans le cadre de mobilités inter services.

Mise en place d'un « club utilisateurs »

Ce « club utilisateurs » composé de cadres, d'infirmiers, de représentants de la pharmacie, du directeur des finances et du directeur des soins peut être organisé pour évoquer les problématiques de matériels, les solutions potentiellement trouvées dans un service, obtenir l'adhésion des soignants autour d'un type de matériel, organiser les tests de matériels dans le cadre d'appels d'offres...

Dans ce cadre, peuvent être également évoquées les questions d'achat versus location de matériel (budget investissement ou exploitation). L'exemple des matelas anti-escarre peut être pris. Une étude médico-économique doit être faite pour analyser les avantages et les inconvénients de chaque possibilité.

Ce travail peut être mis en lien avec le travail sur l'harmonisation des pratiques professionnelles.

Des soins infirmiers générateurs de recettes

Pour chaque GHS, les tarifs peuvent être modulés en fonction de comorbidités associées dite CMA (dénutrition, escarres, transfusion de produits sanguins labiles...), d'un niveau 1 à un niveau 4. La plupart de ces éléments se retrouvent dans le dossier de soins infirmiers.

Un travail peut être entrepris avec le Département de l'Information Médicale, la direction des soins et les pôles pour optimiser la qualité du codage et ainsi générer des recettes supplémentaires en lien direct avec l'état de santé du patient.

Quelques exemples de tarifs 2016 en fonction des niveaux de sévérité (tarifs en euros) :

GHS	Intervention sur la rétine	Bronchite asthme, âge supérieur à 17 ans	Angine de poitrine	Prothèse de genou
Niveau 1	2 462,97	1 517,45	870,52	5 265,45
Niveau 2	4 305,04	2 752,90	2 138,63	5 932,08
Niveau 3	10 067,85	3 511,26	3 179,12	6 751,76
Niveau 4	13 202,87	5 116,22	4 488,59	10 050,37

Ces exemples, composés de pathologies « courantes », montrent l'impact des CMA sur la valorisation d'un même GHS. Il ne s'agit pas de demander au personnel paramédical de réaliser le codage mais de participer, via le dossier de soins infirmier, à l'exhaustivité de l'information, à la définition et à la prise en compte de facteurs de comorbidités.

Anticiper la sortie du patient :

Le manque d'anticipation de la sortie du patient, parfois prévenu le matin même de sa sortie, pénalise souvent les prévisions d'hospitalisation d'autres patients, de faire

connaître au SAU les possibilités d'accueillir des patients devant être hospitalisés. Les durées de séjour ne sont pas optimisées, les taux d'occupation souvent saturés en médecine et non optimisés en chirurgie.

Ce type de travail permet l'optimisation des durées de séjour, de la gestion des lits, d'améliorer la satisfaction du patient sur l'organisation de son départ de l'hôpital, sur l'information remise sur sa sortie.

Exemple d'actions pouvant être mises en place : prévoir la date de sortie du patient dès sa pré-admission pour les séjours programmés, développer des partenariats avec des centres de soins de suite et de réadaptation, avec des services de soins à domicile (HAD...), anticiper les alertes sociales dès l'admission du patient si un problème est décelé, remettre une pochette de sortie comprenant une check-list (documents à remettre, rendez-vous à transmettre...), développer la contractualisation avec les services d'aval.

Une réflexion doit être menée en fonction des résultats de ce travail :

- Si les lits libérés permettent d'accueillir de nouveaux patients, cela générera de nouvelles recettes,
- Si les lits libérés ne permettent pas d'accueillir de nouveaux patients compte tenu des files actives, la réflexion s'orientera vers un redimensionnement capacitaire et une diminution des effectifs soignants.

Commission de séjours extrêmes

Pour chaque GHS est définie une borne haute de durée de séjour. Si la durée de séjour est supérieure à la borne haute, l'établissement facturera, en plus du GHS, chacune des journées au delà de la borne haute 75 % du tarif ramené à la journée. Ces séjours longs représentent une part peu importante des séjours mais une part élevée en journée. Deux questions se posent pour tout patient hospitalisé au delà de la borne haute de son GHS : l'adéquation entre l'unité d'hospitalisation et ses besoins de prise en charge et le financement au delà de la borne haute (les coûts supplémentaires ne sont plus couverts par le tarif du GHS).

Il conviendrait donc de créer dans chaque établissement une commission des séjours extrêmes composée d'un représentant de la DS, un représentant de la DF, un représentant du service social des patients, un cadre de pôle, du cadre de santé et d'un représentant médical du service du patient.

Cette commission serait saisie par le cadre ou le médecin de l'unité d'hospitalisation du patient en fonction de certains critères (séjour supérieur à la borne haute, séjour dont le service n'arrive pas à gérer la sortie...) aurait comme objectif d'analyser la situation du patient concerné et de proposer une solution adaptée à sa situation.

Ces différents travaux auxquels peut participer la direction des soins pourraient être menés conjointement dans le cadre d'une politique commune validée avec le président de la CME ou un de ses représentants.

3.3 Etre formé pour comprendre et accompagner les équipes d'encadrement

La formation des directeurs de soins doit leur permettre, au delà de la simple acquisition de connaissances, d'obtenir la reconnaissance du groupe et donc la légitimité. Pour cela, le DS doit s'approprier la formation initiale reçue à l'EHESP. Le DS doit également organiser la formation des équipes d'encadrement, et plus particulièrement des cadres paramédicaux de pôle et les accompagner dans leurs pratiques.

3.3.1 S'approprier la formation initiale reçue à l'EHESP

Les DS interrogés ont tous mis en avant un déficit de formation initiale. Pourtant, lors de l'année de formation à l'EHESP, une unité d'enseignement est intitulée « Gestion financière ». Le contenu de la formation dispensée cette année permet de comprendre les concepts, la terminologie (fond de roulement, besoin en fond de roulement...) et les outils utilisés (PGFP, bilan financier, tableau de financement...). La question n'est pas la question du contenu de la formation initiale mais de faire en sorte que le DS s'approprie cette formation et les connaissances.

La plupart des élèves directeurs des soins présents cette année lors de cet enseignement pensaient que cet enseignement n'était pas en lien avec leur future fonction. Lors de cette formation, les exercices proposés ne sont pas en lien direct avec les futures fonctions d'un directeur des soins. Ces exercices se composent de calcul des fonds de roulement, de besoins de fonds de roulement. Hors, la fonction du directeur des soins est autre.

Afin d'aider les élèves directeurs des soins à s'approprier cet apport et de la même façon que se déroule l'unité d'enseignement « gestion des ressources humaines » et à la suite de celle-ci, les apports théoriques pourraient être complétés par des exercices en lien direct avec l'activité d'un directeur des soins. Il pourrait être envisagé de faire des exercices pratiques de deux types :

- Réalisation d'une étude d'impact médico-économique d'une activité (nouvelle activité et / ou mutualisation d'activités) en y intégrant un calcul de recettes prévisionnelles. Cet exercice doit permettre de calculer les recettes et dépenses

prévisionnelles liées à cette activité, et ne plus limiter le rôle du DS à un calcul de postes. La fiche projet proposée dans le chapitre précédent pourrait être utilisée.

- Elaboration d'un TPER par service, pôle puis sur un établissement, en lien avec l'unité d'enseignement « gestion des ressources humaines ».

Ces deux exercices pourraient être là aussi réalisés en commun avec les autres élèves en formation à l'EHESP et en particulier les élèves directeurs d'hôpital et les élèves attachés d'administration hospitalière. Cette collaboration inter-filière permet également, dès la phase de formation, de travailler dans un contexte proche d'une équipe de direction et de légitimer le DS par son expertise dès la phase de formation initiale.

Pour les directeurs des soins en poste, deux possibilités pourraient s'offrir à eux en terme de formation continue. Cette formation peut être proposée à l'EHESP. Si un faible nombre de DS souhaitent s'inscrire, ceux-ci peuvent participer à cet enseignement avec les élèves en formation initiale. Cette année, deux personnes en poste étaient présentes en formation initiale. Si un plus grand nombre de personnes envisage de suivre cet enseignement, un module spécifique pourrait être proposé en intégrant également les exercices proposés. Il deviendrait alors plus difficile d'associer ces exercices avec les élèves directeurs d'hôpital.

3.3.2 Assurer la formation des cadres de pôle

Les lignes hiérarchiques paramédicales restent claires. En revanche, concernant la formation, il n'existe pas de formation spécifique pour les cadres supérieurs de santé, cadre paramédical de pôle ou non.

Le tableau proposé présente les différentes fonctions et le niveau de formation.

<u>Fonction</u>	<u>Formation</u>
Cadre de Santé	Diplôme cadre de santé (IFCS)
Concours sur titres	Master 2 proposés
⇩	⇩
Cadre Supérieur de Santé	<i>Pas de formation spécifique</i>
Concours sur titres	
⇩	⇩
Directeur des soins	EHESP
	Master 2 proposé

Il est à noter qu'un cadre de santé peut accéder à la formation de directeur des soins sans avoir exercé comme cadre supérieur de santé.

Depuis quelques années, plusieurs Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS) proposent un double cursus formation cadre et master 2 (par exemple l'IFCS de Nice, master administration et entrepreneuriat « Encadrement des établissements de la santé et du social », IFCS de Clermont-Ferrand, master 2 « pilotage des Organisations », IFCS de Lille, master 2 « Management sectoriel parcours cadre du secteur sanitaire et médico social »). Lors de cette formation, un module doit néanmoins intégrer, au delà du financement des établissements de santé, la gestion financière, l'EPRD, le TPER et le PGFP. Un second module doit aborder la question des ressources humaines sous l'angle des effectifs : organisation du temps de travail, poste à poste, calcul d'effectifs. Ces apports spécifiques doivent leur permettre de faire des liens avec les décisions prises dans leur établissement d'exercice.

Compte tenu des responsabilités et des missions des cadres paramédicaux de pôle et dans un contexte de réingénierie des formations et de leur universitarisation, un master 2 doit être proposé pour toute personne exerçant cette fonction et n'ayant pas ce niveau de formation. Les textes législatifs et réglementaires n'imposent pas d'être cadre supérieur de santé pour être nommé cadre paramédical de pôle. Les cadres de santé exerçant comme cadre paramédical de pôle doivent également avoir accès à un master 2.

Pour les DS, la formation à l'EHESP propose également un master 2, le master « Analyse et management des établissements de santé » réalisé en co-habilitation avec l'université Paris VII Denis Diderot.

Se pose alors la question de l'uniformisation à terme du niveau de diplôme identique pour tous, du cadre de santé au directeur des soins : le master 2. Les trois DS interrogés qui avaient un master 2 ont déclaré avoir plus appris en finance quand ils ont suivi ce master qu'à l'EHESP. La généralisation du master 2, suivi en parallèle du cursus cadre de santé l'IFCS, permettra aux futurs élèves de l'EHESP de commencer leur formation de DS avec un socle de connaissances. Cependant, le cursus et le master suivi devront correspondre aux missions et à la fonction exercée (enseignement, gestion, missions transversales comme gestionnaire de risques...).

Conclusion

Le rôle du directeur des soins dans l'élaboration et le suivi de l'EPRD est essentiel. Ce rôle ne doit pas se limiter à la simple évaluation des besoins de personnels paramédicaux, quantitatifs et qualitatifs. L'organisation des établissements de santé en pôle d'activités a généré une complexité supplémentaire. Chaque établissement doit développer et structurer un dialogue de gestion entre les pôles et la direction au service de la démarche stratégique. Dans ce contexte, la participation la plus adaptée du directeur des soins semble être une participation indirecte à l'élaboration de l'EPRD et une participation directe à son suivi, tout en développant une politique managériale claire et partagée assurant la cohérence. Cette participation indirecte à l'élaboration de l'EPRD doit se faire essentiellement par l'association systématique du DS à tous les travaux et projets d'évolution d'activité ou d'organisation de l'établissement. Le DS doit également participer au travail d'optimisation des recettes. Le suivi de l'EPRD, sur sa partie dépenses, se fait par l'intermédiaire d'outils de pilotage partagés, et en particulier des tableaux de bord de suivi de ressources humaines. La formation initiale est adaptée mais les élèves DS devraient mieux se l'approprier. Cette appropriation des connaissances permettra au corps des directeurs des soins d'acquérir une légitimité dans le domaine financier.

Nonobstant cela, de nombreux établissements de santé sont en situation de déficit. Les établissements excédentaires semblent dans une situation fragile. Cette problématique de l'équilibre financier des établissements de santé risque de s'exacerber compte tenu de deux phénomènes : la mise en place des GHT, environ 150 sont prévus en France, avec, à terme, l'élaboration d'un EPRD du GHT et le décalage croissant entre l'augmentation du Produit Intérieur Brut autour de 1% et des dépenses de santé qui augmentent elles de 1,6 % à 1,8 % par an. Dans ce contexte, le rôle et la place du directeur des soins évolueront. Deux éléments vont avoir un impact sur son exercice en lien avec la constitution des GHT : la taille et donc les distances entre les établissements composant un G.H.T. et la démographie du corps des directeurs de soins. En passant d'établissements de santé à des groupements d'établissements parfois très distants dans un contexte de diminution du nombre de directeurs, l'évolution de la fonction semble inéluctable. Sa place et son rôle devront donc être clairement définie, surtout dans le domaine financier.

Bibliographie

Ouvrages

- BALY O. / éd. 2015, *Guide du contrôle de gestion à l'hôpital – 30 fiches-outils*, Rennes : Presses de l'EHESP, 295 p.
- EXPERT P., 2004, *La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*, Paris : Berger-Levrault, 221 p.
- FESSLER J.M., FRITIGER P., 2003, *La tarification hospitalière à l'activité*, Paris : Lamarre, 175 p.
- MORSAIN M.A., 2000, *Dictionnaire du management stratégique*, Paris : Belin, 217 p.
- NOURY J.F., 2000, *La gestion médicalisée des établissements de santé. Le PMSI et l'information médicale*, Objectifs en management hospitalier, Paris : Masson, 233 p.
- SAINSAULIEU I., 2007, *L'hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité*, Perspectives sociologiques, Paris : Belin, 267 p.
- SEBILLAUD A., 2010, *Le management à géométrie variable. S'adapter : pourquoi et comment*, Rueil-Malmaison : Editions Liaisons, 185 p.
- THIETART R.A., 2015, *Le management, Que sais-je ?*, 13^{ème} édition, Paris : Presses Universitaires de France, 127 p.

Articles

- BAUMHAUER O., GEORGES-PICOT A., février 2013, « Cette année, c'est décidé, mon EPRD sera prêt le 1^{er} décembre ! », *Finances Hospitalières*, N° 66, pp. 9-11.
- COLASSE S., SANGER G., MADELMONT F., mars/avril 2010, « Mesurer l'impact économique d'une stratégie médicale », *Revue hospitalière de France*, N° 533, pp. 20-24.
- GUICHETEAU J., juillet/aout 2015, « La procédure budgétaire ascendante au C.H.V. », *Finances Hospitalières*, N° 93, pp. 5-7.
- LAM V., SEQAT S., COMBES S., juin 2015, « Comment fonder l'élaboration de l'EPRD sur une approche analytique et une démarche collaborative », *Finances Hospitalières*, N° 92, pp. 13-17.
- MARRIAGE D., mai 2015, « L'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses, déjà 10 ans », *Finances Hospitalières*, N° 91, pp. 18-23.

Site internet

- www.atih.sante.fr

Liste des annexes

Annexe I : Ressources des Etablissements de santé	p II
Annexe II : Guides d'entretien	p III
Annexe III : Proposition de fiche projet	p V
Annexe IV : Exemple de tableau de bord RH	p VIII

Annexe I : Ressources des Etablissements

<u>Origine des ressources des établissements</u>		
1. Activité	2. Ressources liées en partie à l'activité	3. Dotations et enveloppes
<p>a) Hospitalisation : tarifs par séjours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - G.H.S., - Séjours extrêmes, - Réanimation, - Soins intensifs et surveillance continue, - Dialyse, I.V.G., soins palliatifs (pour les lits dédiés) et radiothérapie. <p>b) En sus de l'hospitalisation : paiements supplémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médicaments coûteux - Dispositifs Médicaux Implantables (prothèses) <p>c) Hors hospitalisation : tarifs par prestations</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultations et actes externes - Urgences : pour les passages sans hospitalisation, Accueil et Traitement des Urgences (ATU) - Hospitalisations A Domicile - Prélèvements d'organes 	<p>a) Forfaits annuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forfait Annuel Urgences (FAU) lié au nombre total des passages - Forfait Annuel Greffe <p>b) Coordination des Prélèvements d'Organes</p>	<p>a) Enveloppe MIGAC (Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation)</p> <p>b) Dotation Annuelle Complémentaire (DAC) Ex budget global (concerne le secteur public)</p>

P. Expert, *La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*, Paris, Berger-Levrault, 2004, page 73.

Annexe II : Guides d'entretiens

CGS - DS

Depuis combien de temps êtes-vous DS ?

Quelle fonction exercez-vous ?

C.G.S. D.S.

Dans quel type de structure travaillez-vous ?

C.H.U. C.H. E.P.S.M.

Taille de l'établissement – nombre de lits :

Depuis combien de temps exercez-vous sur ce poste ?

Quelle est la situation financière de votre établissement ?

Excédentaire Déficitaire

Etes-vous associé à la construction de l'E.P.R.D. ?

Si oui, de quelle manière ?

Si non, pourquoi ?

Pensez vous que cela relève du rôle du D.S. ?

Quelle est selon vous la place du D.S. dans la construction de l'E.P.R.D. ?

Pourquoi ?

Quelle(s) serai(en)t, selon vous, les conséquences de la non association du DS à l'élaboration de l'EPRD ?

Pensez vous que la formation reçue à l'E.H.E.S.P. est suffisante en terme de finance ?

Pourquoi ?

Avez vous reçu une formation autre ? Si oui, laquelle ?

Souhaitez vous ajouter quelque chose en conclusion ?

Directeur des Finances

Depuis combien de temps êtes-vous DF ?

Dans quel type de structure travaillez-vous ?

C.H.U. C.H. E.P.S.M.

Taille de l'établissement – nombre de lits :

Quelle est la situation financière de votre établissement ?

Excédentaire Déficitaire

Associez-vous le CGS / DS à la construction de l'EPRD ?

Si oui, de quelle manière ?

Si non, pourquoi ?

Pensez vous que cela relève du rôle du DS ?

Quelle est selon vous la place du DS dans la construction de l'EPRD ?

Pourquoi ?

Pensez vous que la formation des DH est suffisante en terme de finance ?

Pourquoi ?

Avez vous reçu une formation autre ? Si oui, laquelle ?

Souhaitez vous ajouter quelque chose en conclusion ?

Annexe III : Proposition de fiche projet

Cellule médico-économique

Projet du Pôle :

Date :

PROJET TRANSMIS A LA DIRECTION GENERALE LE : FICHE PROJET

LIBELLE DU PROJET :

1 – Eléments généraux

Pôle présentant le projet :

Pôle(s) associé(s) au projet :

Chef du pôle ou médecin coordonnant le projet :

Cadre paramédical de pôle :

Cadre administratif du pôle :

Responsable du projet au sein du pôle (si différent) :

Date et avis du pôle :

2 – Description synthétique du projet :

3 – Intégration du projet dans :

- Le projet d'établissement :
- Le contrat de pôle :
- Autre :

4 – Impact sur l'attractivité et l'image de l'établissement

5 – Impact sur la qualité et la sécurité des soins

6 – Etude médico-économique - Impacts financiers

6.1 – Recettes prévisionnelles générées par le projet (Nature, volume et valorisation) :

6.2 – Charges induites par le projet ou économies générées par le projet :

- Charges de personnel (nature, volume, valorisation) :

Personnel médical

Personnel non médical

- Charges à caractère médical (nature, volume, valorisation) :

ex : matériel médico-chirurgical, produits pharmaceutiques, etc.

- Charges à caractère hôtelier et général (nature, volume, valorisation) :

6-3 – Investissements à réaliser :

- Achats d'équipement (type, volume, valorisation) :

- Réalisation de travaux (type, volume, valorisation) :

6-4 – Démonstration du retour sur investissement :

7 – Impacts sur la gestion des ressources humaines

7-1 – Conséquences de l'opération :

- Sur les effectifs médicaux et non médicaux :

- Sur les organisations de travail :

- Sur la formation et le développement professionnel continu :

- Sur les conditions de travail

7-2 – Modalités de concertation des personnels au projet

(consultation des personnels, organisation de réunions de présentation du projet...) :

7-3 – Impacts du projet sur les personnels des autres pôles :

8 – Calendrier prévisionnel de réalisation

9– Indicateurs de suivi et de réalisation

10– Avis et date de la cellule médico-économique

Annexe IV : Proposition de tableau de bord RH

Tableau de bord RH - Pôle X

Aout 2016

Personnel non médical - Permanents

	TPER	Conso	Ecart
Agents	402	400,72	-1,28
CS	15	14,86	-0,14
IDE	232	230	-2
AS	126	127	1
ASH	29	28,86	-0,14

Base : 7h30 / jour
1 week-end / 2

Personnel non médical - Remplacements

	Mensualités	Conso	Ecart	Cumul
CDD	16	15	-1	63
IDE	8	8	0	29
AS	6	5	-1	23
ASH	2	2	0	11

Suppléance

	Aout - cumulé	
	Missions	ETP
Total	363	1,76
IDE	165	0,80
AS	198	0,96

Heures supplémentaires

	Mensuel	Cumulé
Heures C		
Montant C		
montant D		
Ecart		

C: consommé - D : délégué

Absentéisme cumulé

2016	CM	MA	CLM/CLD	AT	Autre	Global
Total (jours)	1835	436	263	99	14	2647
IDE	943	135	89	20	5	1192
AS	769	256	129	67	9	1230
ASH	123	45	45	12	0	225

2015	CM	MA	CLM/CLD	AT	Autre	Global
Total (jours)	2123	720	479	245	6	3573
IDE	1078	300	167	69	0	1614
AS	978	389	245	120	4	1736
ASH	67	31	67	56	2	223

TRIPAULT

Ludovic

Décembre 2016

Directeur des soins

Promotion 2016

Elaboration et suivi de l'EPRD, quelle place pour le directeur des soins ?

Résumé :

Les dernières réformes hospitalières, tarification à l'activité, création des pôles d'activités, ont profondément modifié le rôle du directeur des soins (DS). Dans ce contexte, celui-ci est peu associé à l'élaboration de l'EPRD alors qu'il est investi dans sa déclinaison, les dépenses de personnels représentant près de 70% des dépenses d'un établissement de santé.

Après avoir mené dix entretiens auprès de DS, ceux-ci voient leur participation à l'élaboration de l'EPRD comme essentielle, neuf d'entre eux déclarant y participer. Néanmoins, leur participation semble limitée à la partie dépense de l'EPRD, à court terme, avec un manque de projection stratégique en particulier dans les activités et donc les recettes. Plusieurs éléments peuvent expliquer cela : une complexification de leur action compte tenu de l'organisation « polaire », un déficit de formation, une absence de légitimité. Cette organisation génère une complexité lors de l'élaboration et le suivi d'un EPRD, en particulier avec des EPRD ascendants.

Les préconisations proposées, de trois ordres, devraient permettre d'améliorer cette situation. D'un point de vue stratégique, les évolutions récentes de l'organisation hospitalière nécessitent d'instaurer et d'organiser un dialogue de gestion avec les pôles mais aussi de revoir la politique managériale. Sur l'aspect opérationnel, plusieurs pistes peuvent être retenues : intégrer le DS dans tous les projets de réorganisation, suivre le tableau des emplois et les dépenses de personnel, participer à la politique d'optimisation des recettes. Enfin, l'appropriation de la formation en finance reçue à l'EHESP doit permettre d'obtenir la reconnaissance du groupe et donc la légitimité.

Mots clés :

EPRD, rôle stratégique, rôle opérationnel, légitimité, formation

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.