



**EHESP**

---

**Latifa Scheirlinck**

Promotion : **2019**

Date du Jury : **Décembre 2019**

---

**Directeur des soins et performance  
en établissement de santé :**

**Quels leviers pour concilier  
performance et  
prise en charge des patients ?**

---

**Latifa SCHEIRLINCK**



---

# Remerciements

---

Nous tenons à remercier :

- Les maîtres de stage pour leur accompagnement bienveillant et les réflexions partagées, Dominique CHAMPENOIS et Marie-Paule SOULI,
- Les référents de la filière Directeur des soins et les intervenants de l'EHESP,
- Ma tutrice de positionnement, Christine CHAMPIONS,
- Les directeurs d'établissement, les directeurs des soins, les cadres de pôle et les cadres de santé pour avoir accepté de répondre à notre enquête et pour leur disponibilité,
- Mes compagnons de promotion pour les temps d'échange et plus particulièrement Catherine, Nadine pour la complicité partagée,
- Mes amis Christelle, Corinne, Marie, Gérard pour leur soutien permanent et leur écoute
- Mes mentors Jean-François DELFRAISSY et Philippe CHANSON qui ont été déterminants dans mon cheminement professionnel
- Les membres de ma famille pour leurs encouragements avec une pensée particulière pour Olivier et Camillia pour leur soutien sans faille.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>2</b>
<b>1 Le directeur des soins et la conduite de projets performance à l'hôpital .....</b>	<b>7</b>
1.1 Des réformes successives mettent la performance à l'agenda des hôpitaux.....	7
1.1.1 Des réformes visant l'optimisation des organisations.....	7
1.1.2 Des réformes visant l'amélioration de la prise en charge pour le patient.....	9
1.2 Le concept de performance appliquée à l'hôpital public.....	11
1.2.1 Une définition appliquée à l'hôpital .....	11
1.2.2 Une gestion par processus appliquée à la performance des organisations.	15
1.3 Directeur des soins et cadre soignant : des métiers en évolution.....	18
1.3.1 L'évolution de la fonction de directeur des soins vers des missions stratégiques .....	18
1.3.2 L'évolution de la fonction d'encadrement vers des missions de management et de gestion .....	20
1.4 Le directeur des soins et la conduite du changement .....	22
1.4.1 Le changement : une notion à préciser .....	22
1.4.2 La conduite du changement par le directeur des soins .....	23
<b>2 A la rencontre de directeurs d'hôpitaux, directeurs des soins, cadres paramédicaux de pôle et cadres de santé .....</b>	<b>26</b>
2.1 Les objectifs et la méthodologie de l'enquête.....	26
2.1.1 Les objectifs .....	26
2.1.2 Les personnes interviewées .....	27
2.1.3 Des éléments de contexte des établissements .....	27
2.1.4 Les outils de recueil des données.....	28
2.1.5 Les limites de l'enquête .....	28
2.2 Les résultats .....	28
2.2.1 Le profil des catégories professionnelles interviewées.....	29
2.2.2 La performance : définition et perception .....	30
2.2.3 La gestion par processus dans la prise en charge des patients .....	32
2.2.4 L'accompagnement de l'encadrement dans les projets performance.....	33
2.2.5 Le pilotage de la performance par le directeur des soins .....	40
2.3 La synthèse de l'analyse au regard des sous-questions .....	42

<b>3</b>	<b>Préconisations .....</b>	<b>46</b>
3.1	Réaliser un état des lieux .....	46
3.2	Saisir et poser les modalités de collaboration.....	47
3.3	Accompagner et manager .....	48
3.3.1	Définir les modalités structurelles de l'accompagnement .....	48
3.3.2	Décliner un projet managérial.....	49
3.3.3	Impulser un management participatif et valoriser l'encadrement .....	50
3.3.4	Développer l'accompagnement à la fonction d'encadrement.....	50
3.4	Prioriser et coconstruire des indicateurs de pilotage.....	52
	<b>Conclusion.....</b>	<b>55</b>
	Bibliographie .....	57
	Liste des annexes .....	I



---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ANAP</b>	Agence nationale d'appui à la performance
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>CGS</b>	Coordonnateur général des soins
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>COPERMO</b>	Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>CPP</b>	Cadre paramédical de pôle
<b>CS</b>	Cadre de Santé
<b>CSIRMT</b>	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
<b>DG</b>	Directeur général
<b>DGA</b>	Directeur général adjoint
<b>DGOS</b>	Direction Générale de l'Offre de Soins
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>DS</b>	Directeur des soins
<b>FFCS</b>	Faisant fonction de cadre de santé
<b>GHT</b>	Groupement hospitalier de territoire
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>HPST</b>	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
<b>IADE</b>	Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
<b>IDE</b>	Infirmier diplômé d'Etat
<b>PCME</b>	Président de la commission médicale d'établissement
<b>PRE</b>	Plan de retour à l'équilibre
<b>T2A</b>	Tarifcation à l'activité

## Introduction

L'objet du mémoire réalisé dans le cadre de la formation est de questionner le rôle du directeur des soins dans le contexte de la recherche de performance attendue à l'hôpital public.

Le choix de ce thème est motivé par l'évolution du contexte général qui conditionne l'organisation et les missions de l'hôpital public. Il s'appuie également sur la résonance de notre expérience professionnelle, et mobilise les observations ayant pu être recueillies lors des stages de directeur des soins. Cette recherche de performance paraît être un thème relativement récent dans le discours et les orientations projetés sur l'hôpital public.

Les politiques publiques ont introduit la notion d'évaluation de la performance dans le service public. Avec la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF), votée en 2001 et appliquée en 2006, l'Etat a mis en place de nouveaux modes de gestion dans le service public « pour passer clairement d'une logique de moyens à une logique de résultats. Dorénavant, l'évaluation vise à la fois la mesure de l'efficacité et de l'efficience de l'action publique »<sup>1</sup>. Cette nouvelle directive souligne un changement majeur à porter et proclame la nouvelle façon de voir et de faire. Pour les acteurs de la politique de santé, cette orientation se décline sous deux angles : l'efficacité vise à apporter de la transparence sur les objectifs et les résultats face à l'Etat et aux citoyens. L'efficience vise à établir « le lien entre la qualité du service rendu aux bénéficiaires ou aux usagers et les moyens mobilisés »<sup>2</sup>.

Dans le cadre de cette nouvelle direction, l'hôpital public a été propulsé dans un train de réformes visant à faire évoluer son organisation et ses façons de faire afin pour répondre à cette exigence de la performance. Celle-ci s'est traduite, notamment, à travers une double attente : assurer une offre de soins de qualité conforme au développement des connaissances médicales aux patients, maîtriser les dépenses des finances publiques en modernisant sa gouvernance et ses organisations. Il y a lieu de noter que cette attente englobe dans une même perspective, d'un côté un environnement normatif et l'obligation de moyen de soigner, quand l'obligation n'est pas de résultat, et de l'autre côté des exigences structurelles telles que les exigences budgétaires et organisationnelles.

---

<sup>1</sup> SEBAI J., mars 2015, « L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ? », *Santé publique*, Vol. 27, pp. 395-403.

<sup>2</sup> SEBAI J., op.cit.



Le travail conduit par les pouvoirs publics s'est illustré à travers une série de réformes successives structurelles et organisationnelles dont le sens affirmé est de pousser l'hôpital à se réorganiser et à innover ses modes de prise en charge. La coordination des acteurs à tous les niveaux d'intervention dans le parcours de soins des patients, et l'utilisation optimale des moyens engagés, sont devenus des critères pertinents dans le fonctionnement de l'hôpital.

A ce mouvement de réforme, s'ajoute un mouvement plus diffus, celui de l'introduction par emprunt de concepts, de méthodes, de modes de gestion, voire de modes managériaux au secteur privé entrepreneurial et industriel. L'objectif attendu est souvent évoqué sous l'aspect d'une recherche d'amélioration du fonctionnement de l'acteur économique qu'est l'hôpital. Des outils issus du monde de l'entreprise sont importés à l'hôpital et appliqués dans une logique de rationalisation de la production de soins.

Dans ce mémoire, la gestion par processus sera plus particulièrement abordée à travers son apport à l'effort de recherche de la performance à l'hôpital. Ce mode de gestion, introduit dans les années 90 dans les entreprises, est développé comme « une nouveauté organisationnelle leur permettant de construire des organisations plus transversales, adaptées aux contraintes de production imposées par leurs environnements »<sup>3</sup>. La démarche s'est étendue au secteur des services puis au management du secteur public. L'idée a fait son chemin dans l'environnement de l'hôpital où la critique d'une organisation professionnelle en « silo » est décrite comme un facteur réduisant l'efficacité fonctionnelle d'une organisation interne.

La notion de performance semble alors introduite dans les établissements publics de santé, plus dans sa dimension économique avec une certaine défiance ou distance des professionnels de l'hôpital, que sous l'aspect d'une synthèse à construire dans la durée. Il s'agirait d'établir un lien valorisant entre objectifs et équilibres financiers, d'articuler les diverses activités et de réunir les professionnels autour des adaptations d'organisation. Un auteur a exprimé cette complexité dans une définition de la performance en management : « la performance est définie comme un construit multidimensionnel, composée d'autant de dimensions que l'organisation est complexe »<sup>4</sup>.

Cette perspective de changement représente un enjeu déterminant des dirigeants hospitaliers pour leur organisation et dans leurs relations avec leurs acteurs locaux.

---

<sup>3</sup> PASCAL C., 2003, « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, vol. n°146, pp. 191-204.

<sup>4</sup> MINVIELLE E., mars 2012, « Performance hospitalière : Rappel de quelques principes théoriques », *Gestions hospitalières*, n°514, p.172.

L'expérience témoigne des effets de l'évolution des organisations. La conduite de projet de réorganisations, avec à la clé une optimisation programmée de la prise en charge des patients, a fait partie de nos missions. Dans les faits, ces réorganisations se traduisent par des regroupements de service, des déménagements, la définition de nouveaux effectifs, l'élaboration de nouvelles organisations de travail, l'utilisation de nouveaux outils de gestion. Ces modifications engagent de nouvelles manières de travailler avec des répercussions sur le quotidien des professionnels.

Ces situations ne manquent pas de générer des questions individuelles et collectives chez les professionnels. Ils s'interrogent notamment sur le devenir de leur poste, sur leurs compétences et leurs missions au regard de leur nouveau contexte de travail (organisations, manières de prendre en charge les patients). Face aux changements engendrés par les réorganisations, nous avons pu observer l'expression de difficultés ressenties par les professionnels. Apparaissent également de réelles difficultés : inquiétudes, sentiment de remise en cause des valeurs auxquelles ils sont attachés. Voire une certaine incompréhension, opposition, ou désinvestissement, peut se révéler. Ces réorganisations sont associées, en premier lieu, à une démarche visant à réduire les coûts financiers dans la prise en charge des patients. Ce vécu est confirmé par de nombreux écrits relatifs aux répercussions des transformations à l'hôpital et des changements répétés au sein des structures de soins.

La période consacrée aux stages de directeur des soins a permis de constater que le directeur des soins a un rôle managérial important auprès de l'encadrement soignant, cadres paramédicaux de pôle et cadres de santé, pour la mise en œuvre de ces projets.

L'encadrement soignant est la courroie de transmission et de mise en œuvre effective des directives institutionnelles dans le cadre du projet d'établissement, des préoccupations des professionnels soignants et des médecins. Aussi, il occupe une place clé dans la mise en œuvre de ces changements. Durant nos expériences professionnelles, nous avons pu constater que les projets de réorganisations sont source de tensions dans les services, peuvent prendre du retard dans leur déroulé, nécessitant alors l'intervention du directeur des soins auprès des acteurs, pour s'assurer de la réalisation effective des projets, réajuster ou encore conduire la mise en œuvre opérationnelle dans les secteurs.

Le défi pour le directeur des soins est d'accompagner les professionnels dans leurs façons de faire, de manière à intégrer la dimension performance dans la gestion des organisations et de savoir piloter ce changement.

Ce sujet pose effectivement la question de l'accompagnement à mettre en œuvre auprès des cadres soignants, lesquels sont les relais reconnus et compétents auprès des équipes soignantes. Les cadres paramédicaux de pôle et les cadres de santé sont désignés dans ce mémoire sous les termes « cadres soignants » ou « encadrement soignant ».

L'idée que le terme « performance » est une notion connotée doit être à l'esprit des acteurs conduisant le changement. Ceci au point d'amener des dirigeants hospitaliers à faire attention à la sémantique utilisée dans ce domaine. Comme le préconise un auteur, il est possible d'utiliser une forme éludée de l'expression, en préférant parler « d'amélioration de l'efficience par optimisation des moyens »<sup>5</sup>. Il est possible également de s'appuyer sur un vocabulaire plus évocateur. Le message porté par les pouvoirs publics pour justifier ce mouvement de réorganisation des structures hospitalières est en lien avec la gouvernance hospitalière : le juste soin au juste coût.

Dans un environnement budgétaire contraint, la performance est devenue un enjeu déterminant dans les établissements publics de santé. La recherche de celle-ci vise alors à répondre à des attentes fortes des usagers et des politiques de santé publique en matière de qualité, sécurité, pertinence et efficience des soins. Nous pensons qu'il y a lieu d'orienter le sujet du mémoire sur la performance à l'hôpital pour évaluer l'idée selon laquelle, concilier efficience et qualité de prise en charge ne sont pas des notions naturellement associées, et qu'un réel travail managérial est à mettre en œuvre.

Les différents points développés ci-dessus nous conduisent à nous interroger, en effet, sur la contribution du directeur des soins à la recherche de performance à l'hôpital. Comment assurer la qualité et la sécurité des soins dans un contexte financier contraint ? Comment donner du sens à la recherche de performance dans la prise en charge des patients ? Comment accompagner l'encadrement soignant dans la conduite de changement des organisations ?

La question de fond qui sous-tendra notre étude peut s'énoncer ainsi :

**Quels leviers le directeur des soins peut-il utiliser pour concilier la recherche de performance et la prise en charge des patients ?**

---

<sup>5</sup> COUDRIER C. et PÔTEL G., décembre 2012, « Concilier performance et management par le sens et la confiance », *Gestions hospitalières*, n° 521, p.610.

Au regard de cette question, nous formulons les trois sous-questions suivantes :

- En quoi l'état des lieux de la perception de la performance permet-il d'évaluer l'accompagnement à mettre en œuvre auprès de l'encadrement soignant ?
- En quoi le directeur des soins peut-il concilier l'efficacité des organisations et la qualité de prise en charge pour le patient ?
- En quoi le pilotage de la performance nécessite le positionnement du directeur des soins et la mise en œuvre d'outils appropriés ?

Le travail mené dans le cadre de ce mémoire comporte trois étapes. La première partie aborde les évolutions contextuelles des établissements publics de santé et les notions de performance, de management, de conduite du changement. La seconde partie présente la méthodologie et les résultats de l'enquête. Elle analyse le rôle du directeur des soins dans la conduite de projets performance au sein d'un établissement. Enfin, la dernière partie expose les leviers d'action que le directeur des soins peut mettre en œuvre pour contribuer à la recherche de performance.

# **1 Le directeur des soins et la conduite de projets performance à l'hôpital**

La performance attendue de l'hôpital a engagé les métiers de directeur des soins et de l'encadrement soignant vers une adaptabilité au changement.

## **1.1 Des réformes successives mettent la performance à l'agenda des hôpitaux**

Des réformes ayant pour ambition d'équilibrer une optimisation des organisations et une amélioration de la prise en charge.

### **1.1.1 Des réformes visant l'optimisation des organisations**

Le système de santé est fortement irrigué par la réglementation, les normes et les recommandations. Il se caractérise également par le fait qu'il constitue un système d'économie régulée, dans une période initiale sur la base d'un budget global encadré, et dans une période plus récente sur la base d'un référencement du prix à l'acte. Il est logique que la puissance publique ait mis en avant cet environnement réglementé pour orienter, puis diriger les établissements de santé publics, avec pour objectif : l'amélioration globale de l'organisation de l'offre de soins afin de répondre aux besoins d'une population sur un territoire donné et la maîtrise des dépenses de santé.

Dans ce registre, l'établissement de santé public ne se résume pas à une entité économique professionnelle productrice de soins. D'autant plus s'il est en charge d'une mission de service public. La loi définit un périmètre de compétence général à tous les établissements de santé<sup>6</sup>. Elle précise, par ailleurs, le périmètre des missions associées à l'exercice d'un service public<sup>7</sup>. Cet ensemble de missions et d'exigences est présent dans l'acte de soin à un niveau ou à un autre.

Des réformes successives ont, pan par pan, transformé le système de santé français dans un but d'amélioration de l'organisation de l'offre de soins, dont les objectifs sont :

- Répondre aux besoins de la population sur le territoire et,
- Maîtriser les dépenses de santé.

Il ne s'agit pas de citer de façon exhaustive les différents textes réglementaires.

---

<sup>6</sup> Article L. 6111-1 du Code de la santé publique, voir annexe n°5

<sup>7</sup> Articles L 6112-1 ; L 6112 -3 du Code de la santé publique, voir annexe n°5

En toile de fond, flotte un constat plutôt négatif du fonctionnement habituel de l'hôpital. L'hôpital fait l'objet de critiques, portant notamment sur les impacts économiques de ses modes de gestion, sur le cloisonnement de ses organisations de soins et sur le manque de souplesse dans sa gestion. Toupillier D. et Yahiel M. déclarent à ce propos que « le système hospitalier doit être en même temps ambitieux dans la politique engagée, adapté dans l'organisation des soins mise en place, performant et sécurisant pour les patients et attractif pour l'ensemble des professionnels de santé »<sup>8</sup>. En bref, l'hôpital est tenu d'améliorer son efficacité médico-économique, de rénover ses organisations et ses modes de gestion.

Le plan de modernisation de l'hôpital dit « hôpital 2007 » réforme notamment le financement de l'hôpital en instituant la tarification à l'activité. Les dépenses sont conditionnées par les recettes liées à l'activité. La nouvelle gouvernance est initiée par l'ordonnance « Juppé » du 2 mai 2005<sup>9</sup> qui met en place les « pôles d'activités » devant contribuer au décloisonnement de l'hôpital.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital, Patients, Santé, Territoires<sup>10</sup> (HPST) s'inscrit dans la recherche de maîtrise des coûts de la santé. Elle vise à améliorer le fonctionnement des établissements de santé en affirmant la modernisation de la gouvernance hospitalière et une liberté d'organisation des instances internes. Dans la nouvelle gouvernance, le Directeur d'établissement, Président du directoire, est responsable de la politique générale de l'établissement. Il occupe une place majeure. Le pouvoir de la communauté médicale est renforcé par le positionnement du Président de la CME aux côtés du Directeur en tant que vice-président du directoire. La généralisation de la contractualisation sous-tend le passage d'une logique de moyen à une logique de résultat à l'hôpital. La contractualisation externe se traduit, notamment, par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les Agences Régionales de Santé. La contractualisation interne prend la forme des contrats signés par le directeur avec les chefs de pôle dans le cadre de la mise des pôles d'activités, et sur la base des projets de pôle. Cette dernière comprend la délégation de gestion, la formalisation de procédures internes de décision, la définition d'objectifs et des indicateurs de résultats d'activité, de qualité et de sécurité des soins.

---

<sup>8</sup> TOUPILLIER D. et YAHIEL M., « Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé », le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la FPH et le Ministère de l'emploi, du travail et de la santé, 24 janv. 2011, p.3.

<sup>9</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, JO n°102 du 3 mai 2005

<sup>10</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a pour objectif l'égalité d'accès à la santé. La mise en place des groupements hospitaliers de territoire engage les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner pour assurer un meilleur accès aux soins. Les coopérations définies dans le projet médical partagé doivent leur permettre de mieux soigner les patients à moindre coût.

Ces réformes se sont traduites dans les établissements de santé par de nombreuses opérations de restructurations dont des recompositions, des fusions, des regroupements, des suppressions d'activités, des fermetures de services impliquant l'ensemble des acteurs hospitaliers. Elles ont induit des évolutions dans différents métiers. En contrepoint, elles ont mis l'accent sur l'amélioration de la qualité de prise en charge pour le patient.

### **1.1.2 Des réformes visant l'amélioration de la prise en charge pour le patient**

La qualité de prise en charge est utilisée dans le sens de « satisfaction des besoins et des attentes des patients ». Les évolutions principales ont porté sur de nouvelles exigences en matière de droit des usagers et des patients ainsi qu'en matière de qualité et sécurité de la prise en charge.

Les mouvements d'associations de patients ont fortement contribué à faire évoluer les mentalités sur les attentes des patients vis-à-vis du système de santé et des professionnels hospitaliers. Le contexte de l'épidémie du SIDA<sup>11</sup> et l'affaire du sang contaminé ont mis en exergue la nécessité d'introduire de nouvelles relations avec le monde de la santé. Cette tendance de fond s'est traduite également dans les revendications et a été consacrée en droit. Les usagers ont réclamé « le droit fondamental à la protection de la santé » dans le respect des droits et de la dignité des personnes malades.

Depuis 1999, les établissements de santé doivent entrer dans une démarche d'évaluation externe en s'engageant dans la procédure de certification. La Haute Autorité de Santé (HAS) a pour mission d'impulser une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques dans les organisations hospitalières. La lecture de l'amélioration continue repose sur des évaluations périodiques et contradictoires et le développement d'indicateurs. Au nombre de ceux-ci, sont présents des indicateurs de processus managériaux, organisationnels et de satisfaction des patients.

---

<sup>11</sup> Syndrome d'immunodéficience acquise

Dans le cadre de ce processus graduel, elle engage les établissements dans une approche performancielle de la prise en charge des patients avec la participation des patients et des professionnels.

La loi<sup>12</sup> dite « Kouchner » du 4 mars 2002 a été déterminante pour garantir des droits aux usagers du système de santé. L'hôpital doit alors s'inscrire dans le mouvement général de mise en place de la démocratie sanitaire. Elle s'illustre à la fois sur le plan individuel, par le respect de la volonté et de la dignité de la personne malade, et sur le plan collectif notamment, par l'organisation de la participation des usagers dans les instances.

La loi HPST du 21 juillet 2009, de son côté, renforce la transparence vis-à-vis des patients avec la représentation accrue des usagers au conseil de surveillance des hôpitaux, la publication d'indicateurs de qualité et un rôle réaffirmé de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Elle prévoit aussi que la Commission Médicale d'Établissement (CME) propose au Président du directoire, un programme d'actions avec des indicateurs de suivi, dans le but d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Tenant compte de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016<sup>13</sup>, La direction générale de l'offre de soins établit clairement les objectifs en matière de performance parmi les quatre axes de son projet stratégique 2016 : « favoriser l'innovation, améliorer la performance des offreurs de soins ; développer les compétences des professionnels et promouvoir le dialogue social ; renforcer l'appui au pilotage stratégique et la performance »<sup>14</sup>. Cette affirmation fait deux fois référence à la « performance », une fois sous l'angle d'un niveau attendu des « offreurs de soins », une autre fois sous l'angle de la méthode de management à travers la mise en œuvre d'un appui.

La HAS est aussi mobilisée par les pouvoirs publics pour venir en appui aux établissements de santé. L'ordonnance du 26 janvier 2017<sup>15</sup> apporte un complément aux missions de la HAS en lien avec un objectif d'efficience.

---

<sup>12</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JO n° du 5 mars 2002

<sup>13</sup> Loi n°2016-42 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JO n°0022 du 27 janvier 2016

<sup>14</sup> DGOS, plaquette de présentation 2016, Site internet « solidarités-sante.gouv.fr », consulté le 13 août 2019

<sup>15</sup> Ordonnance n°2017-84 du 26 janvier 2016 relative à la haute Autorité de santé, JO n°0023 du 27 janvier 2017



Celle-ci définit une commission spécialisée de la HAS « chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces, ainsi que d'évaluer l'impact sur les dépenses d'assurance maladie ».

L'exigence en matière de performance des soins dispensés aux patients renvoie aussi à la prise en compte de l'évolution d'autres facteurs. Il s'agit de la spécialisation des activités médicales, du développement de thérapeutiques onéreuses ayant fait preuve de leur efficacité, de l'innovation technique au service d'investigations et de diagnostics de plus en plus précoces en incluant un haut niveau d'exigence de qualité et de sécurité.

L'exposé des motifs de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé<sup>16</sup> précise les orientations générales dans lesquelles l'hôpital doit s'inscrire pour conduire sa transformation.

Le rythme des réformes, leur traduction sur le terrain, les perceptions tant des professionnels que de la population, notamment à travers les médias, placent la notion de performance dans un balancement entre amélioration du système de soins et régulation économique de la santé. Le sens du mot interroge.

## **1.2 Le concept de performance appliquée à l'hôpital public**

Le concept de performance est lié à la notion de résultat et de gestion par processus. La performance attendue à l'hôpital s'illustre de manière apparente dans la performance des organisations.

### **1.2.1 Une définition appliquée à l'hôpital**

Le sujet de la « performance » semble avoir toujours été plus ou moins présent. La lecture des articles, des revues, et les rapports sur le thème de la performance à l'hôpital public révèle l'emploi, selon les cas ou dans le temps, d'un vocabulaire proche du champ lexical du mot « performance ». En effet, à côté du mot « performance » l'on rencontre les mots « efficacité », « efficience », qui se rapprochent le plus du mot performance.

En dehors du débat de l'usure du mot dans le temps, il y a l'intérêt pour un mot qui représente un marqueur plus fort pour porter l'évolution attendue par les pouvoirs publics.

---

<sup>16</sup>Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JO n°0172 du 26 juillet 2019

La notion de « performance » dans les établissements publics de santé fait l'objet de nombreuses réflexions. Celles-ci apportent des éclairages différents et visent soit à la promulguer, soit à la critiquer, en pointant l'introduction d'une logique venant de l'entreprise dans un établissement de santé public.

Ce mot est emprunté au mot anglais *performance*, dérivé de *to perform* qui est issu de l'ancien français *parformer*. Le dictionnaire Le Robert encadre le terme entre, « résultat chiffré obtenu dans une compétition » et « résultat optimal qu'une machine peut obtenir ». A cette lecture, il y a lieu de noter que la définition communément retenue n'aide pas aux contours d'une image claire du mot. A ce stade, du sens étymologique, nous retiendrons que le terme renvoie au fait de réaliser, d'accomplir. En revanche, la définition donnée par le Petit Larousse nous permet de préciser un aspect significatif du mot, dans le contexte de cette étude. En effet, Il qualifie un service, une entreprise qui « obtient des résultats remarquables, eu égard aux moyens mis en œuvre ».

Il n'empêche que la notion d'évènement, de prouesse reste en arrière-plan de la définition. L'idée d'un état constant n'est pas contenue dans le sens de « performance ». Bien au contraire, la performance semble marquer un moment voué à redevenir à un état plus habituel. Par ailleurs, la notion de performance est liée à celle de mesure.

Pour l'OMS, dans le domaine de la santé, « la performance repose sur : la satisfaction des besoins et des attentes de la clientèle, la mobilisation et le bien-être du personnel, la gestion efficace des processus organisationnels et la capacité d'amélioration de l'organisation ». Cette approche est reprise par l'ANAP qui définit la performance comme « la conjonction de trois dimensions : la qualité de prise en charge pour les patients, la qualité des conditions de travail pour les professionnels et l'efficacité des organisations. »<sup>17</sup>. La performance serait un point de rencontre, un point d'équilibre à rechercher, ou à atteindre.

En 1999, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) publie un numéro<sup>18</sup> visant à définir les dimensions de la performance dans le cadre de l'hôpital public. La première dimension porte sur « ses missions dont découlent ses objectifs, ceux d'une institution de soins étant de concourir à l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population, et pas seulement de sa clientèle ».

---

<sup>17</sup> ANASTASY C., décembre 2012, « L'ANAP et les projets Performance », *Gestions hospitalières*, n°521, p.601.

<sup>18</sup>DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES, 1999, « Etudes et résultats », n°42, 8 p.

La seconde dimension est « celle de la productivité » ; la troisième est « relative à sa capacité d'adaptation à l'environnement et d'innovation...qui inclut sa capacité à répondre aux attentes de sa clientèle et à la satisfaire ». Enfin, la quatrième dimension est « celle des valeurs communes qui, parce qu'elles produisent du sens, au sein de l'organisation, garantit la bonne marche des structures grâce à l'implication des équipes dans l'accomplissement de leurs missions liées à leur nature de service public ».

La performance repose effectivement sur l'implication du personnel.

En effet, la recherche de performance organisationnelle nécessite de prendre en compte les professionnels dans la réalisation de leur travail. Plusieurs auteurs soulignent l'importance de la reconnaissance, de l'intérêt du travail, de la confiance entre les collègues et avec les supérieurs hiérarchiques, le besoin d'autonomie, les bonnes relations dans l'équipe, les plans de carrière, les occasions d'apprentissage, les conditions matérielles et physiques, la sécurité de l'emploi, les salaires, ou encore le besoin d'appartenance. De plus, la DREES qualifie de « particulières » les conditions de travail des personnels médicaux et soignants exerçant en établissement hospitalier : « contraintes de rythme de travail élevées, exposition à des produits dangereux, tensions avec le public, confrontation à la souffrance des patients ou encore travail de nuit fréquent »<sup>19</sup>. Les conditions de travail pour les professionnels incluent aussi la satisfaction des professionnels au travail et le maintien de valeurs éthiques et professionnelles dans le cadre des efforts de rationalisation engagés dans les établissements de santé.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) créée par la loi du 21 juillet 2009 s'est également emparé de la thématique de la performance.

L'Agence est un acteur institutionnel reconnu. La mission de l'ANAP est « d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion...de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses...Elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux »<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> DREES,2016, « Les conditions de travail à l'hôpital », *drees.solidarites-sante.gouv.fr*, Fiche 17, p.118-125, visité le [ 05.09.2019 ].

<sup>20</sup> Article L.6113-10 du Code de la santé publique, disponible sur Internet : *//www.legifrance.gouv.fr*, [visité le 21.09.2019]

Les outils de diagnostic proposés par l'ANAP sont accessibles sur son site<sup>21</sup>. L'encadrement soignant dispose ainsi d'outils pour évaluer les pratiques professionnelles, objectiver les dysfonctionnements ressentis au sein des équipes, identifier avec eux les axes d'amélioration, rassembler et partager les retours d'expériences. A ce sujet, le Directeur Général de l'offre de soins, Debeaupuis J., déclare : « il paraît assez évident que tout cadre de santé, quel que soit l'institution où il va travailler, établissement ou ARS, connaisse ces outils qui sont rodés, largement diffusés et en ligne »<sup>22</sup>.

Pour l'évaluation, l'ANAP a construit et propose un socle d'indicateurs visant à suivre la performance globale d'un établissement sur cinq dimensions : « activité (pratiques professionnelles), qualité (qualité des soins), organisation (qualité de l'organisation), ressources humaines (productivité) et finances (capacité financière) »<sup>23</sup>. A travers l'accompagnement d'établissements sur des projets d'optimisation des organisations, elle vise à « diffuser la culture de la performance » et à valoriser ses productions et ses outils.

Le lien entre performance et indicateur n'est pas un sujet simple.

Ces différentes dimensions touchent de nombreux domaines tels que la qualité et la sécurité des soins, l'utilisation optimale des ressources, la productivité ou encore la satisfaction des patients. Une première réserve peut être avancée. La recherche de définition d'indicateurs de mesure des dimensions autres que productives (le rapport entre les ressources engagées et la production réalisée) n'est pas d'une approche aisée. Certes, ces indicateurs ont également pour finalité de permettre la comparaison des hôpitaux. Pourtant, la pertinence de ces indicateurs fait l'objet de débat entre les experts. L'autre réserve, concernant l'analyse des performances des établissements de santé, est que celle-ci « implique de reconnaître la diversité des attentes qui sont exprimées à leur égard et d'en rendre compte à travers des axes de comparaison multiples »<sup>24</sup>.

Par ailleurs, un certain nombre de réserves autour de la méthodologie et de la lecture des indicateurs doit être entendu.

---

<sup>21</sup> [www.anap.fr](http://www.anap.fr)

<sup>22</sup> CORDIER C., « L'ANAP et l'EHESP signent un partenariat pour diffuser une culture partagée sur la performance » [en ligne], publié le 27/08/15, [visité le 10.05.2019], //abonnes.hospimedia.fr.

<sup>23</sup> COTARD B., DURAND V., MARTINIAULT X. et al., « Performance hospitalière : Du triple A au changement d'étiquettes », *Gestions Hospitalières*, n°539, octobre 2014, p.505

<sup>24</sup> DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES, 1999, « Etudes et résultats », n°42, 8 p.

Plusieurs caractéristiques semblent admises par les auteurs. La qualité, la disponibilité, le faible coût des données dans le temps, et la représentativité des indicateurs, sont à préférer au nombre. L'équilibre des indicateurs dans la construction de l'image rendue est déterminant pour échapper, autant que possible, à un prisme de surreprésentation. Une telle situation pourrait concourir à peser sur les choix stratégiques<sup>25</sup>.

Le terme « performance » fait alors référence à plusieurs dimensions au sein de l'hôpital. Il s'agit d'une démarche visant l'atteinte de résultats évalués sur la base d'indicateurs, dans des domaines variés tel que le management et la gestion des ressources humaines (projet social, projet managérial), la qualité et la gestion des risques, la satisfaction des patients et le service rendu aux usagers, les résultats financiers et d'activités (productivité).

Pour nombre d'acteurs de l'hôpital, la performance des organisations s'incarne avant tout dans les évolutions attendues des organisations. Il ne suffit pas de s'interroger sur le choix des indicateurs. Il est nécessaire de s'interroger sur « comment » on amène une organisation à être performante. La gestion par processus est aujourd'hui prônée pour faciliter l'optimisation des organisations.

### **1.2.2 Une gestion par processus appliquée à la performance des organisations**

La gestion par processus est effectivement jugée comme prometteuse dans la littérature managériale pour obtenir des organisations performantes à l'instar du secteur industriel et marchand. Elle est également prônée par les tutelles et est présentée comme une approche qui permettrait d'améliorer la performance des organisations, particulièrement adaptée à l'hôpital. En effet, elle est invoquée comme solution de dépassement du découplage des activités au sein de l'hôpital (soignante, médicale, administrative, budgétaire)

La gestion par processus peut se définir par une démarche analytique qui décompose en phase les activités de l'entreprise. Elle se centre sur les données entrantes et sortantes, et les liens d'interaction avec d'autres processus, ainsi que son pilotage. La norme ISO 9001 précise la notion de processus comme « un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforment les éléments d'entrée en éléments de sorties »<sup>26</sup>. L'objectif est de rechercher les points d'amélioration, les solutions pour produire mieux ou permettre de prendre les décisions stratégiques d'une entité.

---

<sup>25</sup> MINVIELLE E., mars 2012, « Performance hospitalière : Rappel de quelques principes théoriques », *Gestions hospitalières*, n°514, p.172.

<sup>26</sup> Norme ISO 9001, 2000.

Cette gestion se caractérise par son aspect dynamique. L'entité doit paramétrer son organisation de telle sorte qu'elle s'engage vers une amélioration continue de ces modes de fonctionnement.

Dans cette approche, il est aisé de comprendre l'attrait du concept pour une intégration dans le monde hospitalier.

Le terme processus prend son origine dans le latin «*pro cedere* » signifiant marche en avant. Il est souvent utilisé pour parler des organisations. Les travaux de recherche en gestion utilisent le terme « processus » pour distinguer des mécanismes d'action et de coordination. Le processus peut ainsi être conçu sous différents aspects : un flux d'action comme le processus de prise en charge d'un patient, un programme animé par des principes comme le processus de « Total Quality Management », une façon de se connecter et d'interagir comme la coordination des vigilances ou une façon de reproduire la structure de l'entreprise comme le processus budgétaire<sup>27</sup>.

Le champ de responsabilité du directeur des soins amène, dans le cadre de ce travail, à réfléchir plus particulièrement au processus de prise en charge, c'est-à-dire les processus de soins directs aux patients. Ils sont en effet la scène de problèmes de coordination entre les services, au sein des services et entre les professions ainsi que dans chaque profession. La mise en œuvre de processus adaptés, satisfaisants pour les patients et les professionnels, vise le gain d'efficacité dans les organisations d'activités de soins.

Cependant, la sémantique semble apporter son lot d'indétermination dans les milieux professionnels de l'hôpital. Cette situation est due, en partie, au fait même que l'hôpital est déjà un environnement « procéduré ». Aussi, la gestion par processus rencontre des difficultés dans sa mise en œuvre à l'hôpital en raison de sa compréhension, de son aspect théorique, et de l'ambiguïté du terme. En outre, le mot « processus » côtoie d'autres termes proches, tels que « protocoles » et « procédures ».

En premier lieu, la proximité terminologique peut être dépassée par l'apport de définition. Pour autant dans l'échange, au quotidien, la gestion par processus est une source d'interrogation. Le processus est connu dans l'environnement médical. Il se définit, notamment, dans le cadre de l'assurance qualité médicale : « un ensemble d'activité qui se déroulent à l'intérieur et entre les praticiens et les patients »<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> ORVAIN J., Cours « manager par les processus », enseignant à l'EHESP Rennes, 2019

<sup>28</sup> DONABEDIAN, 1980, cité dans PASCAL C., 2003, « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, vol. n°146, p.194

Pascal C. souligne que cette définition exclut du domaine tous les processus « où n'interviendraient pas des médecins »<sup>29</sup>. Les mots « protocole » et « procédure » ne facilitent pas davantage l'appropriation de la gestion par processus des acteurs de terrain. Le protocole est également connu dans son acception essentiellement médicale et soignante et s'illustre par l'exercice de décrire des décisions, des gestes ou des actes. Il désigne « les techniques à appliquer et/ou les consignes à observer dans certaines situations de soins, ou dans l'administration d'un soin »<sup>30</sup>. Force est de constater que la thématique des organisations n'est pas le sujet direct de ces formes d'écrit.

En deuxième lieu, pour les médecins et les soignants, le terme procédure est classiquement associé à une vision administrative du fonctionnement hospitalier venant du plus haut niveau de la hiérarchie, alors que le terme protocole est perçu comme le produit d'une réflexion spécifique au domaine soignant. Ces notions peuvent permettre de déchiffrer les réticences des médecins et des soignants vis-à-vis de la gestion par processus.

En outre, il ne faut pas perdre de vue que la démarche de gestion par processus semble impliquer une étape supplémentaire de formalisation des procédures et protocole du fonctionnement hospitalier, visant la normalisation, par exemple les processus de prise en charge, en fixant leur déroulement à partir d'une méthodologie précise. Ce mode de gestion ambitionne d'établir les conditions optimales de production sur la base de critères de performance et d'assurer un contrôle par les moyens. Cette étape peut s'avérer une réserve dans le déploiement de la gestion par processus, sauf à articuler au mieux l'existant.

Enfin, l'idée qu'il y ait une distance entre la formalisation d'un processus et le résultat appartient à l'expérience des soignants.

La rédaction de procédures, permettant de formaliser les activités réalisées au cours de la prise en charge, ne garantit pas leur bonne réalisation. Leur mise en œuvre nécessite un important travail d'explicitation mené par l'encadrement, pour concilier le niveau de compréhension et d'acceptation des règles<sup>31</sup>. Ce travail peut être à l'origine de difficultés pour l'encadrement soignant, qui doit concilier son « appartenance » au groupe soignant marquant sa relation aux patients, et ses missions en tant que manager dans les organisations d'activités de soins.

---

<sup>29</sup> PASCAL C., 2003, « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, vol. n°146, pp. 191-204.

<sup>30</sup> MAGNON et DECHANOZ, 1995, cité dans PASCAL C. op. cit.

<sup>31</sup> PASCAL C., 2003, « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, vol. n°146, pp. 191-204.

A ce propos, il y a lieu de se référer à l'hypothèse retenue par C. Pascal quant à l'application de la gestion par processus à l'hôpital : « le faible attrait des démarches par processus à l'hôpital tient à l'insuffisance de traduction et d'adaptation de la méthode aux caractéristiques très spécifiques du champ de la santé »<sup>32</sup>. Ainsi, la production de soins doit répondre d'une part, aux spécificités du parcours du patient, incluant l'évolution et la prise en charge de la maladie, mais aussi, aux effets des interactions entre les acteurs participant à cette prise en charge. D'autre part, cette réponse est soumise à la réalité de la disponibilité et de l'affectation des ressources humaines et matérielles.

C. Pascale<sup>33</sup> met en effet en avant deux défis posés par la gestion par processus aux managers dans la recherche d'amélioration des prises en charge. Le premier est « Un défi de compréhension » permettant d'appréhender puis de décrire l'ensemble des facteurs non médicaux qui exercent une influence sur le déroulement de la trajectoire du patient. Le deuxième est « un défi de rationalisation » qui nécessite de formaliser les processus de prise en charge et l'affectation optimale des ressources nécessaires pour l'atteinte du résultat déterminé.

La conduite de la gestion par processus appelle un regard sur l'évolution des métiers de directeur des soins et de cadres soignants, notamment dans un contexte où la performance est attendue.

### **1.3 Directeur des soins et cadre soignant : des métiers en évolution**

Les réformes ont visé l'évolution du contexte professionnel. Les métiers ont été l'enjeu d'adaptation dans leur finalité et leurs missions, voire de la création de nouveaux modes d'exercice, tel que l'apparition du métier d'infirmière en pratique avancée. Dans le cadre du mémoire, nous nous intéressons aux évolutions des fonctions de directeur des soins et de l'encadrement soignant.

#### **1.3.1 L'évolution de la fonction de directeur des soins vers des missions stratégiques**

Pour le directeur des soins, quatre étapes marquent le développement de la fonction gestion à l'hôpital. Sur le plan institutionnel, le décret du 11 avril 1975 crée le grade d'infirmière générale. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière introduit le titre de directeur en charge de la direction du service des soins infirmiers. Son rôle est conforté sur le plan institutionnel, avec un projet de soins intégré au projet d'établissement, au même titre que le projet médical.

---

<sup>32</sup> PASCAL C., .op. cit.

<sup>33</sup> PASCAL C., op. cit.



Le décret du 19 avril 2002 crée le corps des directeurs des soins, l'unifie en réunissant les directeurs du service des soins infirmiers et les directeurs d'écoles et d'instituts paramédicaux.

Le Décret du 29 septembre 2010 positionne le directeur des soins, coordonnateur général des soins, sur des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Il est membre de l'équipe de direction et, en qualité de président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, membre de droit du directoire. Ce texte légitime sa contribution à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement. La dimension stratégique et politique de sa fonction s'affirme. Il exerce sous l'autorité du directeur d'établissement. Ses liens avec les équipes médico-soignantes sont définis : « Il participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins ».

La connaissance des organisations des activités de soins, les liens managériaux avec les cadres de pôle et les cadres de proximité, ainsi que le partenariat avec la communauté médicale font du directeur des soins un acteur clé au sein de l'équipe de direction. Concernant le positionnement stratégique, il s'agit pour lui de se saisir de la nécessité d'optimiser les activités de soins en contribuant à leur modernisation sur le plan managérial et organisationnel.

Le directeur des soins dispose d'une autorité hiérarchique sur les cadres par délégation du directeur général et un pouvoir opérationnel sur l'organisation de la production de soins. Toutefois, la HPST a fait évoluer la profession de directeur des soins en instituant des pôles d'activité et la contractualisation interne. La délégation de gestion augmente la responsabilité des cadres de pôles dans la gestion des soins et les positionne en tant que collaborateurs clés pour le directeur des soins. Ils assurent le management des cadres de proximité au sein des pôles.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 élargit le champ d'action et les responsabilités du directeur des soins au groupement hospitalier de territoire (GHT). Le positionnement stratégique du directeur des soins, coordonnateur général des soins, est renforcé par sa participation au comité stratégique du GHT et en étant le président de la commission de soins infirmiers de rééducation et médicotechnique du GHT. Il en résulte un pilotage distancié qui nécessite la structuration et la délégation de conduite de projet d'optimisation des organisations de soins à l'encadrement paramédical.

Ces évolutions amènent le directeur des soins à interagir vers davantage de transversalité, au-delà de la sphère du soin, au sein de l'hôpital et du territoire.

Dans le respect du décret du 7 janvier 2014 <sup>34</sup> portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière et sur la base du référentiel de compétences<sup>35</sup>, le directeur des soins contribue aux évolutions que l'hôpital doit intégrer. Deux compétences prennent plus particulièrement sens. La compétence « contribution aux processus des décisions institutionnelles et à l'accompagnement de leurs mises en œuvre » qui peut se traduire par « organiser stratégiquement les soins, proposer et argumenter des projets d'adaptation des organisations au regard de l'évolution du contexte et fédérer les différents acteurs autour des choix stratégiques et des orientations institutionnelles décidés ». La compétence « management des équipes d'encadrement » s'exprime par l'axe « piloter le projet de management des cadres de santé, réaliser des délégations renforçant la transversalité et facilitant le décloisonnement, valoriser les actions et les compétences des cadres ».

Le management de l'encadrement soignant est déterminant pour la mise en œuvre du changement et nécessite une politique managériale d'établissement définie, dans laquelle le directeur des soins est partie prenante.

### **1.3.2 L'évolution de la fonction d'encadrement vers des missions de management et de gestion**

En France, l'encadrement soignant est issu de la filière soignante paramédicale comprenant les professionnels de la filière infirmière, de la filière rééducation et ceux de la filière médico-technique.

La fiche métier de la fonction publique hospitalière définit ainsi le rôle du cadre de santé : « organiser l'activité de soins et des prestations associées, manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-techniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations »<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JO n°0007 du 9 janvier 2014.

<sup>35</sup> REFERENTIEL DE COMPETENCES DES DIRECTEURS DES SOINS, Direction des Études, Filière de formation des DS, EHESP, Rennes, décembre 2011. Mise à jour en novembre 2017.

<sup>36</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, « *Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales* »

Il est pris dans des relations multiples avec des acteurs ayant des logiques différentes (les médecins, la direction, les soignants, les personnels techniques...). Il occupe une place centrale au sein de l'activité de soin<sup>37</sup>.

Le changement introduit par la mise en place de pôles d'activité, en promouvant la complémentarité des moyens et des ressources, renforce les relations entre les professionnels en matière de communication, de partage d'objectifs communs et de responsabilité. Les nouvelles organisations ont fait évoluer les métiers dont celui de cadre de santé, et celui de cadre supérieur de santé vers le métier de cadre paramédical de pôle. La délégation de gestion est devenue un outil important car elle conditionne les rôles et les missions en organisant les périmètres de responsabilité, notamment dans la structuration en pôle d'activités. Il en résulte un repositionnement de la fonction d'encadrement au sein de l'institution.

Dans ce contexte, le rapport E. Couty « pacte de confiance pour l'hôpital »<sup>38</sup>, affirme la nécessité de « reconnaître et réaffirmer le rôle des cadres aux côtés des responsables, directeurs et praticiens hospitaliers ». Il préconise la définition d'un projet managérial de l'établissement en précisant le champ d'intervention du directeur des soins en lien avec le directeur des ressources humaines.

Le rôle du cadre paramédical de pôle est, de son côté, décrit : « Planifier, organiser et coordonner les soins / les activités du pôle, contribuer à la gestion médico-économique au sein du pôle, décliner le projet de soin institutionnel au sein du pôle en développant la démarche qualité en relation avec le chef de pôle, collaborer au pilotage stratégique du pôle, manager l'équipe d'encadrement de proximité »<sup>39</sup>.

La fonction d'encadrement soignant, référent de soins, devient une fonction de gestion devant intégrer la dimension de performance dans l'organisation des activités de soins. Il s'agit de passer d'un management guidé par une culture professionnelle où le patient est la priorité à une posture de gestionnaire garant d'une activité de soins alliant la qualité et la sécurité avec une juste affectation des moyens.

---

<sup>37</sup> REINHARDT S., 2011, « *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?* Thèse pour le Doctorat en Sociologie : Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis, 375 p.

<sup>38</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, rapport « *Le pacte de confiance pour l'hôpital* », élaboré par COUTY E., 2013, 75 p.

<sup>39</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, « *Cadre soignant de pôle* »

Du fait de l'évolution du contexte et des restructurations hospitalières, la fonction d'encadrement connaît une mutation nécessitant de développer des compétences, notamment dans la gestion et le management. « La logique des soins intégrant la gestion des coûts, oblige le cadre à développer des compétences plus variées. »<sup>40</sup>

L'évolution structurelle et l'introduction de la performance à l'hôpital requièrent de s'interroger sur le besoin d'évolution des savoir-faire managériaux de l'encadrement soignant. Celui-ci doit accompagner les professionnels dans des changements qui entraînent pour eux de véritables transformations dans leurs modes d'organisation interprofessionnels, des modifications de leurs conditions de travail et qui les interrogent dans leur culture ainsi que dans leurs valeurs professionnelles soignantes. Il doit mettre en œuvre les orientations institutionnelles tout en étant en cohérence avec les valeurs et les motivations propres à son engagement professionnel.

De quelle manière le directeur des soins pilote-t-il stratégiquement cette évolution qui nécessite l'acquisition de connaissances et la construction de compétences par l'encadrement soignant ?

Enfin, il ne s'agit pas de transformation des métiers, mais plutôt d'adaptation qui suit un mouvement d'ensemble. Les fonctions de cadre de santé et de cadre de pôle s'enrichissent de nouvelles pratiques et leurs missions évoluent. Le directeur des soins doit se saisir des projets performance, pour favoriser le développement des compétences de l'encadrement soignant en gestion de projet et conduite de changement, contribuant ainsi à la diffusion de la culture de la performance visant l'amélioration continue des soins directs aux patients et l'optimisation des organisations.

## **1.4 Le directeur des soins et la conduite du changement**

La conduite du changement est devenue une expression-clef de la littérature managériale. Le Directeur des soins est l'un des acteurs de l'hôpital mobilisé pour conduire ce changement.

### **1.4.1 Le changement : une notion à préciser**

La conduite du changement est un sujet difficilement contournable dans la littérature managériale et des théories de l'organisation.

---

<sup>40</sup> REINHARDT S., 2011, « *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?* Thèse pour le Doctorat en Sociologie : Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis, 375 p.

L'introduction de la notion de performance à l'hôpital a entraîné des mutations. La conduite de projets performance a visé à faire évoluer l'hôpital dans ses modes de gestion et à adapter sa réponse aux attentes de l'environnement politique, social, culturel, économique et technique. Elle implique, pour les acteurs hospitaliers des changements. Le terme « changement » peut être défini comme « l'action de changer ; état, transformation de ce qui change ou est changé »<sup>41</sup>. Il marque le passage d'un état à un autre.

Des auteurs ont identifié trois types de réaction de peur des personnes face à des situations de changement<sup>42</sup>. La prise en compte de celles-ci détermine les objectifs visés pour l'accompagnement des acteurs dans la modification des organisations. Tout d'abord, la peur de perte de compétences liée au fait que des compétences ne sont plus utilisées ou que de nouvelles sont à acquérir. Il s'agit alors de valoriser les capacités des acteurs, de rassurer par le déploiement de formations d'accompagnement. Ensuite, la peur de perte de pouvoir sous tendue par la crainte de perdre son ascendance sur les choses, est identifiée. Il s'agit d'orienter les personnes vers l'action et leur montrer qu'il existe d'autres formes de pouvoir, permet de les rassurer. Enfin, la peur de perte d'identité qui s'exprime par « où vais-je ? », « quel est mon rôle ? ». Il est essentiel de donner du sens aux changements entrepris et de les installer dans les nouvelles organisations en s'appuyant sur la construction de nouvelles règles de fonctionnement. Dans un contexte de changement, le management consiste aussi à écouter, à rassurer et à poser des actions permettant de résoudre une situation.

La conduite de projets performance doit, pour favoriser l'appropriation du changement par les acteurs et la pérennité de ses effets, tenir compte des résistances et des leviers dans les étapes du processus. L'accompagnement du changement passe par une phase de préparation et une phase de mise en œuvre.

#### **1.4.2 La conduite du changement par le directeur des soins**

Le rôle du directeur des soins dans l'animation de l'encadrement est déterminant. Il s'agit donc de s'interroger sur la conduite de changement à mener pour accompagner l'encadrement soignant dans l'évolution de la fonction managériale, pour qu'il soit lui-même en capacité de conduire les changements dans le cadre de ses missions.

---

<sup>41</sup> <https://www.littre.org>

<sup>42</sup> Unité d'enseignement « Adaptation des organisations de soins et de la prise en charge du patient », EHESP Rennes, 2019

Les auteurs, E. Minvielle et A. Contandriopoulos, dans leur étude de la gestion de trois opérations conduisant à des restructurations hospitalières<sup>43</sup>, se sont intéressés aux caractéristiques du changement en le considérant « comme un phénomène social qui a une structure propre » pour le décrire en tant que « processus social ». Les auteurs mettent ainsi en exergue huit caractéristiques dans le processus de changement qui éclairent la gestion de la conduite de changement dans les organisations.

La définition des « grands enjeux du changement », leur communication aux acteurs leur permet de percevoir les modifications organisationnelles et structurelles qui en découlent. Il s'agit de donner à percevoir les transformations qui vont en résulter et leurs impacts sur leur quotidien de travail. La phase de présentation du projet doit être explicite tout en laissant l'ouverture possible à une certaine marge de manœuvre, à la négociation.

Le processus de changement est aussi conditionné par « l'identité » des porteurs qui sont de deux types et qui ont un rôle complémentaire. Il s'agit d'une part de ceux qui initient le changement, qui en ont l'idée, et d'autre part, ceux qui en assurent la diffusion. Dans le cadre des projets performance, nous pouvons aisément identifier les premiers comme étant les directeurs et les seconds comme étant l'encadrement qui doit porter le changement auprès des équipes soignantes. Le mode de gestion du projet par le porteur peut induire « des sentiments d'appropriation » par les professionnels ou au contraire déclencher des résistances.

Sur le plan stratégique, le porteur de projet s'attache aussi à rechercher des alliances basées sur une coalition d'intérêts et à regrouper des alliés pour renforcer sa légitimité dans la conduite de projet. L'« environnement » organisationnel, physique, culturel et social dans lequel il se déroule va aider ou retarder le processus de changement. Il s'agit des interactions entre les étapes de ce processus et le type d'environnement dans lequel elles sont réalisées. L'état du climat social dans l'établissement, la structuration des organisations ou encore la culture des catégories professionnelles sont des exemples de composantes influant positivement ou négativement sur ce processus. Aussi le porteur de projet cherchera à obtenir des conditions favorables au déroulement de celui-ci.

La définition de « la nature et du contenu du changement » permet d'identifier clairement les composantes concernées dans l'organisation et d'établir les actions à mener.

---

<sup>43</sup> MINVIELLE E. et CONTANDRIOPOULOS A., 2004, « La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ? », *Revue française de gestion*, vol. n°150, no.3, pp. 29-53

Il est aussi caractérisé par l'ampleur des effets qu'il engendre. L'identification de « la forme du changement » permet de distinguer les démarches qui « visent à intégrer de nouveaux comportements », de celles qui « perturbent les comportements et les représentations passés ».

Les « modes de diffusion du changement » prennent plusieurs formes. Par exemple, dans la phase de travail préparatoire, le choix peut être fait de mobiliser un petit groupe d'acteurs, soit parce qu'ils sont favorables au projet, soit parce que leur participation est indispensable à sa réalisation. Ainsi, à l'hôpital, la participation du Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME) et/ou de responsables médicaux fait l'objet d'une attention particulière de la part du porteur de projet.

De même, le porteur de projet veille à la diffusion du changement en s'appuyant sur des groupes différents et distincts comme les groupes de travail pluriprofessionnels, les instances pour communiquer sur le projet. Ce type de démarche permet, d'une part, aux professionnels de prendre connaissance d'une nouvelle réalité. D'autre part, elle contribue aux mécanismes d'apprentissage reconnus comme propre aux transformations des organisations. Deux spécificités de l'apprentissage dans le processus de changement sont identifiées. La dynamique d'acquisition de connaissances n'est effective que si les acteurs acceptent de participer au changement. Dans les opérations de réorganisations et de restructurations émergent de nouveaux savoirs au niveau des acteurs qui traduisent cet apprentissage. Ainsi, en acceptant de participer au changement, les professionnels soignants (médecins, cadres et personnels soignants) se mettent dans une posture qui leur permet d'acquérir des connaissances et peuvent ensuite incorporer la vision institutionnelle dans leur domaine d'activité (les soins et les organisations).

La prise en compte des caractéristiques du changement permet au directeur des soins de définir une stratégie de conduite de projets performance. La stratégie à déployer pour conduire le changement peut être déterminée par cinq variables<sup>44</sup> :

- Le rythme du changement : les décisions prises conditionnent le caractère progressif ou brutal du changement.
- La cible du changement : il s'agit de déterminer les personnes concernées par le changement, les acteurs et les porteurs.
- Le management du changement : les actions menées vont en faire un management imposé ou un management coconstruit.

---

<sup>44</sup> Unité d'enseignement « Adaptation des organisations de soins et de la prise en charge du patient », EHESP Rennes, 2019

- Le dispositif du changement : les actions menées s'inscrivent dans le cadre de projets ou correspondent à des micro-actions.
- La méthode de gestion du changement : les actions relèvent d'un processus balisé ou d'une action de développement humain.

La conduite du changement nécessite donc une stratégie et des outils appropriés. Pour autant, le manager ne doit pas perdre de vue qu'il semble plus concret d'agir sur la structure, les processus et la stratégie, que d'agir sur les personnes. La temporalité n'est pas la même.

Notre question centrale dans cette étude est : **Quels leviers le directeur des soins peut-il utiliser pour concilier la recherche de performance et la prise en charge des patients ?**

Au regard de cette question, nous avons formulés les trois sous-questions suivantes :

- En quoi l'état des lieux de la perception de la performance permet-il d'évaluer l'accompagnement à mettre en œuvre auprès de l'encadrement soignant ?
- En quoi le directeur des soins peut-il concilier l'efficacité des organisations et la qualité de prise en charge pour le patient ?
- En quoi le pilotage de la performance nécessite le positionnement du directeur des soins et la mise en œuvre d'outils appropriés ?

Nous avons souhaité aller à la rencontre de porteurs de projets performance à différents niveaux de responsabilité. Ils sont soit les initiateurs des projets, soit chargés de leur mise en œuvre : des directeurs d'hôpitaux, des directeurs des soins, des cadres paramédicaux de pôle et des cadres de santé.

## **2 A la rencontre de directeurs d'hôpitaux, directeurs des soins, cadres paramédicaux de pôle et cadres de santé**

### **2.1 Les objectifs et la méthodologie de l'enquête**

#### **2.1.1 Les objectifs**

Dans le cadre de notre étude nous travaillons sur le rôle du directeur des soins en ciblant son rôle stratégique en tant que membre de l'équipe de direction et son rôle managérial auprès de l'encadrement soignant. Nous avons opté pour l'entretien semi-directif afin de réaliser une analyse qualitative des données recueillies.



Il s'agit finalement de recueillir des informations, des perceptions, des sentiments, des attitudes, des opinions et de comprendre ce que les personnes peuvent penser du sujet.

### 2.1.2 Les personnes interviewées

Au regard des objectifs de cette étude, nous avons fait le choix d'interviewer :

- Trois directeurs d'établissements dont le directeur général et le directeur général adjoint du centre hospitalier A (CHA), le directeur général du centre hospitalier B (CHB)
- Quatre directeurs des soins de quatre établissements différents (CHA, CHB, CHC, CHD)
- Trois cadres de pôle et trois cadres de santé qui sont volontairement pris dans le même établissement, CHA, pour pouvoir croiser leur point de vue avec celui du directeur général, du directeur général adjoint et du directeur des soins.

Nous avons réalisé 13 entretiens, répartis comme suit :

	CHA	CHB	CHC	CHD
Directeurs Etablissement	2 (DG et DGA)	1 (DG)		
DS	1	1	1	1
CPP	3			
CS	3			

### 2.1.3 Des éléments de contexte des établissements

Le CHA (1148 lits), le CHB (1094 lits) et le CHD (845 lits) sont les établissements supports de leur GHT. Le CHC (889 lits) est un des trois sites d'un centre hospitalier universitaire (CHU).

Le CHA est engagé dans plusieurs projets de restructurations dans le cadre d'un COPERMO<sup>45</sup>. Le CHB fait face à deux contrats successifs de plan de retour à l'équilibre (PRE). Les quatre établissements ont mis en place récemment, après 2015, une direction de la performance. Cette direction fonctionnelle<sup>46</sup> a une mission transversale dans le cadre des projets performance en lien avec les autres directions fonctionnelles et avec les secteurs d'activité.

<sup>45</sup> COPERMO : Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins

<sup>46</sup> AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE DE France (ARS), 2016, « La direction des opérations : une fonction innovante en établissement de santé », 28 p.

#### **2.1.4 Les outils de recueil des données**

Un guide d'entretien est utilisé pour chaque catégorie de professionnels interviewés. Les guides d'entretien sont en annexe. Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des professionnels et dans des lieux calmes favorisant les échanges. Ils ont duré en moyenne une heure.

Les entretiens ont été enregistrés, avec l'accord des personnes, pour faciliter la fluidité des échanges et assurer la fiabilité des données recueillies. Ils ont tous été ensuite retranscrits intégralement puis synthétisés par catégorie professionnelle en fonction des thématiques.

#### **2.1.5 Les limites de l'enquête**

L'enquête menée a concerné 13 professionnels. Ce nombre est trop limité pour être un échantillon représentatif. Elle permet de témoigner des propos tenus par les professionnels interviewés mais réduit le fait de les généraliser, tout en assurant un verbatim professionnel marquant la position des acteurs dans l'hôpital.

Nous aurions pu interviewer aussi des médecins pour connaître leur avis sur la recherche de performance à l'hôpital et la contribution du directeur des soins.

Au regard du temps imparti, le choix a été fait de se centrer sur le pilotage stratégique des projets performance et le rôle du directeur des soins. Le niveau encadrement de pôle et encadrement de proximité permet d'avoir une analyse de la mise en œuvre de la performance sur le terrain et l'implication de l'encadrement dans ces projets institutionnels. Le travail mené nous permet uniquement d'avoir une approche de la contribution du directeur des soins à la performance hospitalière pour notre future pratique professionnelle.

### **2.2 Les résultats**

Une grille a été élaborée pour permettre l'analyse des entretiens en reprenant les thèmes à exploiter en lien avec nos hypothèses :

- Le profil des directeurs d'hôpitaux, des directeurs de soins, des cadres paramédicaux de pôle et des cadres de santé
- La définition de la performance
- La gestion par processus dans la prise en charge des patients
- L'accompagnement de l'encadrement soignant dans la mise en œuvre de projets performance
- Le pilotage de la performance par le directeur des soins

Les résultats sont présentés pour chaque thème de la grille à partir des entretiens et avec, entre guillemets dans le texte, les verbatims des personnes interviewées. Ils sont ensuite confrontés aux trois sous-questions de départ afin d'en faire émerger des préconisations et un plan d'action en vue de notre futur exercice professionnel.

### 2.2.1 Le profil des catégories professionnelles interviewées

#### - Les directeurs d'hôpitaux

Dans le CHA, l'un est le directeur général (DG1) en poste depuis trois ans et l'autre est le directeur général adjoint (DG2) en poste depuis cinq ans.

Dans le CHB, le directeur général interviewé (DG3) est en poste depuis 6 ans.

#### - Les directeurs des soins

	Age	Filière	Ancienneté DS/CGS	Ancienneté dans poste	Etablissement	Nombre CSS/CP et CS
<b>DS1</b>	62	IDE	DS, CGS gestion 16 ans en CHU, CH	5 ans	CHA	12 CSS 62 CS
<b>DS2</b>	48	IDE	DS 2 ans et CGS 1 an en CH	3 ans	CHB	10 CSS 60 CS
<b>DS3</b>	53	IDE	DS 4 ans en CH, CGS 10 ans en CHU	10 ans	CHC (CHU)	20 CSS 230 CS
<b>DS4</b>	50	IDE	DS, CGS gestion 7 ans en CH	7 ans	CHD	5 CSS 36 CS

Les quatre DS occupent une fonction de coordonnateur général des soins (CGS) dont un avec un exercice multisite. A part un DS qui a une ancienneté de 3 ans, Ils ont une expérience en gestion allant de sept à seize ans.

- Les cadres paramédicaux de pôle travaillent dans le CHA

	Age	Filière	Ancienneté CPP	Ancienneté dans poste	Nombre CS encadrés
<b>CPP1</b>	54	IDE	8 ans	5 ans	11 CS
<b>CPP2</b>	52	IDE	5 ans	5 ans	11 CS
<b>CPP3</b>	60	IADE	5 ans	5 ans	9 CS

Les trois CPP ont une expérience de cinq ans et plus dans la fonction. Toutes les trois ont été recrutées par le CGS interviewé.

- Les cadres de santé travaillent dans le CHA

	Age	Filière	Ancienneté cadre	Poste actuel	Ancienneté dans poste
<b>CS 1</b>	50	IDE	FFCS 3 ans CS 12 ans	Médecine non programmée	10 ans
<b>CS 2</b>	47	IDE	FFCS 6 ans CS 5 ans	Bloc opératoire	3 ans
<b>CS 3</b>	44	IDE	Cadre ingénieur FFCS 3 ans CS 2 ans	Fonction transversale Qualité activités de soins et flux patients	2 ans

Les trois cadres ont une expérience de faisant fonction de cadre d'au moins trois ans puis de cadre de santé d'une durée de deux et douze ans.

## 2.2.2 La performance : définition et perception

### Les directeurs

Les directeurs des CH définissent la performance par sa dimension économique. Le DG1 associe le terme à la « recherche d'optimisation, d'efficacité » en faisant référence aux effectifs et à l'activité. Pour le DG2, la performance résulte des « projets restructurant les activités de prise en charge des patients ». Pour le DG3, il s'agit d'« enjeux financiers » qui nécessitent la « construction d'outils ». Les éléments cités font référence aux contextes des deux établissements et à l'introduction d'une nouvelle dynamique de gestion. Le DG2 parle d'un changement qui se traduit par deux nouvelles approches dans la gestion : « réduire le gaspillage » et « travailler sur les flux patients ». Les trois directeurs considèrent que la recherche de performance permet d'améliorer les prises en charge en poussant à « l'évaluation des pratiques ».

Le DG1 évoque aussi l'effet positif en matière de communication : « elle donne aux soignants une meilleure visibilité à l'extérieur ».

La vision que ces DG ont du rôle du directeur des soins émerge des entretiens. Le DG3 sollicite le DS pour les sujets de performance qui concernent les soins. Il précise par ailleurs qu'il s'adresse à la direction chargée de la performance s'il y a des enjeux financiers ou le besoin de construction d'outils. Pour le DG1, le DS doit travailler sur les organisations et l'optimisation des flux.

### Les directeurs des soins

L'ensemble des CGS définissent la performance par la dimension économique et la dimension qualité et sécurité de prise en charge des patients. La dimension économique est exprimée en ces termes : « allocation juste et justifiées des ressources », « finances limitées », « rationalisation des effectifs ». La dimension qualité et sécurité des soins est énoncée comme ci : « qualité et sécurité », « parcours de soins », « besoins des usagers », « coordination des acteurs ». La CGS1 et la CGS2 soulignent l'exigence en matière de compétences des professionnels. La CGS3 évoque la nécessité de respecter les valeurs soignantes dans la recherche de performance.

### Les cadres de pôle

La CPP1 et la CPP2 évoquent la dimension économique. La performance est qualifiée d'« équilibre » à trouver entre, d'une part la qualité et la sécurité, et d'autre part, l'optimisation de l'organisation, l'efficacité. La CPP3 fait référence uniquement à des « pratiques de soins conformes aux dernières recommandations de bonnes pratiques médicales et paramédicales ».

### Les cadres de santé

Pour la CS1 et la CS2, la performance inclut la dimension économique et une réponse adaptée aux besoins des patients. La CS2 explique que la performance fait partie de sa « fonction » vis-à-vis du patient en « lui assurant une prise en charge personnalisée » et vis-à-vis de l'administration en essayant d'avoir « l'efficacité avec des moyens adaptés ».

Mais la distance entre leur perception et les projets conduits se révèle au moment de citer des exemples de projets sur lesquels elles ont travaillé. Alors que la CS2 cite sa participation à un *benchmark* sur les blocs opératoires en lien avec l'ARS, la CS1 fait référence à un projet d'amélioration des pratiques de soins et à un projet de partenariat avec l'institut de formation. Par ailleurs, la CS1 se réfère tout le long de l'entretien à son rôle de responsable de la qualité des soins et elle précise que c'est sa motivation.

La CS3 réagit fortement à la notion de performance qu'elle associe uniquement à la dimension économique : « je déteste le mot performance, pour moi la rentabilité financière ne peut pas aller avec l'humain. Je ne supporte pas ce mot, c'est dans mes valeurs ». Le fait de devoir concilier la dimension soins et la dimension financière est source de difficulté pour elle car il y a conflit avec ses valeurs. Il est intéressant de relever qu'elle a eu une expérience de cadre ingénieur dans l'industrie automobile avant d'intégrer une profession soignante.

Finalement, les propos recueillis illustrent les grandes tendances du sujet. Les directeurs considèrent que travailler sur des projets d'optimisation permet d'améliorer la performance économique de l'établissement et engendre une dynamique d'amélioration des pratiques professionnelles. Les CGS ont la volonté de concilier l'aspect efficience et l'aspect qualité et sécurité des prises en charge. Les CPP ont plutôt la même approche de la performance que les CGS. Par contre parmi les CS interviewés, seul la CS2 semble être à l'aise avec la notion de performance dans les deux dimensions.

### **2.2.3 La gestion par processus dans la prise en charge des patients**

#### Les directeurs

Le DG1 précise que la gestion par processus, c'est écrire, définir une organisation en regardant « les plus et les moins ». Pour le DG2, « la problématique est que la démarche processus est centrée sur les processus qualité des soins et non sur les processus performance ». Il cite l'exemple de son établissement en indiquant que « les projets menés sont nombreux mais qu'ils ne sont pas suffisamment formalisés ».

#### Les directeurs des soins

La CGS1 et la CGS4 font référence aux processus formalisés dans le cadre de la procédure de certification comme le respect des droits des patients ou la démarche qualité dans les secteurs à risque. La CGS3 et la CGS2 décrivent la gestion par processus comme une méthode permettant une « analyse systémique de la prise en charge ». Cependant la CGS2 note le manque de formalisation de cette démarche.

Par ailleurs, trois des CGS perçoivent des bénéfices à faire travailler l'encadrement avec cette approche. Il s'agit, pour la CGS1, d'un « moyen pour développer des relations de coopération et une identité collective qui permettent aux cadres de trouver des appuis dans leur groupe de référence ». Pour la CGS3, cette démarche permet « d'effacer les certitudes, les impressions et la subjectivité » des personnes pour mettre à plat les organisations.

### Les cadres paramédicaux de pôle

Les CPP associent à la gestion par processus les aspects suivants : décrire, formaliser, organiser la prise en charge, définir les liens avec les autres unités. La CPP3 dit avoir travaillé sur les processus de production dans sa formation en ergonomie et elle « l'applique à la production de soins ».

### Les cadres de santé

Seul la CS2 associe la gestion par processus et la dimension économique: « décortiquer les actions faites pour les optimiser ou les annuler quand elles ne sont pas nécessaires ». La CS1 montre son classeur contenant les processus formalisés pour la visite de certification. La CS3 exprime une difficulté à comprendre le terme « processus » en expliquant que « ça va avec protocole, procédure » et qu'elle « fait beaucoup d'amalgame ».

Majoritairement les professionnels interviewés mettent en avant l'aspect formalisation que nécessite la notion de processus. Cette dernière notion est plutôt associée à la démarche qualité dans le cadre de la procédure de certification par la HAS. Seul la CS2 et la CPP3 y associent explicitement l'aspect optimisation et production de soins.

## **2.2.4 L'accompagnement de l'encadrement dans les projets performance**

### **Les difficultés rencontrées par l'encadrement soignant**

Afin de déterminer l'accompagnement dont les cadres soignants auraient besoin, nous avons ouvert l'échange sur la question des difficultés rencontrées lors de la conduite de projets performance.

### Les directeurs

Pour les trois directeurs, le management par le DS est déterminant pour prévenir les situations de difficultés pour l'encadrement soignant. Le DG1 et le DG2 estiment que l'accès à l'information est essentiel pour que les cadres puissent avoir connaissance de la politique de l'établissement et des « objectifs à impulser dans leur service ».

Le DG2 précise que la « circulation de l'information » permet de « travailler sur le décroisement entre les directions et les cadres » et qu'elle est indispensable pour que chacun joue son rôle dans la mise en œuvre des projets.

### Les directeurs des soins

Les quatre CGS témoignent de résistance. La CGS3 et la CGS4 parlent de résistance au changement de la part de professionnels soignants, de personnels médicaux. La CGS4 parle de « peur du changement » chez l'encadrement, de « pression par les organisations syndicales ». La CGS1 cite les étapes de la conduite de projets de performance dans lesquelles des difficultés peuvent survenir :

- A la phase de conception du projet de réorganisation « si tous les membres de l'équipe de direction ne se mettent pas d'accord sur les objectifs »
- A la phase de « négociation et d'annonce aux professionnels médicaux qui peuvent être freineurs sauf s'il y a des enjeux pour eux »
- A la phase « d'annonce aux professionnels paramédicaux quand les réorganisations ont des impacts sur leurs activités : réduction de postes, redéploiement, changements d'horaire, changements d'activité ». Ils ont le « sentiment que les décisions viennent d'en haut ».

La CGS2 parle principalement de la phase de conception du projet qui doit être coordonnée entre la direction de la performance et la direction des soins pour éviter de « créer une pression sur l'encadrement et les équipes ».

### Les cadres paramédicaux de pôle

Les trois CPP confirment les propos des CGS en indiquant qu'elles-mêmes rencontrent des résistances au changement, de la part des infirmières, des médecins ou des chirurgiens et parfois de cadres de santé. La CPP1 explique que les médecins ne veulent pas changer leur façon de travailler alors que la CPP2 parle plutôt de « pouvoir médical ». La résistance des infirmières s'exprime sous forme d'inquiétudes concernant leurs conditions de travail. Avec une vision plus globale, la CPP3 explique que « la performance est une marche difficile à monter car ce sont des bascules, des changements compliqués à mettre en place, et cela nécessite beaucoup d'accompagnement ». Nous retrouvons ici des réactions des acteurs de terrain décrites par plusieurs auteurs.

Quand les CPP abordent l'accompagnement des CS, elles parlent spontanément des difficultés rencontrées par ceux-ci. Toutes les trois soulignent la complexité de la communication auprès des agents et des médecins dans le contexte des réorganisations. La CPP3 précise les manques des cadres sur le plan des compétences : « la compréhension des postes de travail et la capacité à formaliser cette réflexion », « la capacité à formaliser et à utiliser des outils pour projeter les changements nécessaires à l'organisation d'une activité », « la capacité à modéliser des formes de production de soins pour mieux appréhender la réalité ».



### Les cadres de santé

La notion de résistance aux changements se retrouve. La CS2 déclare avoir rencontré des résistances des personnels médicaux et paramédicaux. La CS3 a pour mission de travailler avec des cadres sur des projets transversaux portés par la direction des soins. Elle explique sa stratégie de contournement en précisant qu'elle a peu de résistance car elle mobilise « toujours un peu les mêmes personnes, les plus adaptées, les plus partantes ».

Dans les difficultés avancées par les DG, les CGS, les CPP et les CS, nous retrouvons les phénomènes étudiés par Minvielle E. et Contandriopoulos A. qui décrivent le changement en tant que « processus social ». Il nécessite une phase de préparation, à laquelle le directeur des soins doit contribuer au sein de l'équipe de direction, et une phase de mise en œuvre durant laquelle il accompagne l'encadrement dans la conduite du changement.

L'utilisation de leviers managériaux pour limiter la survenue de résistances émerge des entretiens avec les CS. La CS2 explique qu'il faut instaurer une « relation de confiance avec les équipes médicales et paramédicales », faire l'analyse des résultats du projet et en faire la restitution aux professionnels. Elle cite le projet « le patient debout au bloc opératoire » qui a permis d'optimiser l'occupation des lits de chirurgie et de « rythmer l'organisation de la journée de travail des professionnels ». Elle l'illustre par un « temps de repas respecté pour tous », la « sortie du travail à l'heure » et une « ambiance de travail apaisée au bloc opératoire ». Elle donne ainsi un exemple de mise en œuvre de projet performance dans lequel l'encadrement a veillé à concilier la satisfaction des besoins des patients et l'amélioration des conditions de travail des professionnels.

Des entretiens avec les CPP et les CS, émergent les bénéfices de la conduite de projets performance pour l'encadrement. Les trois CPP partagent le même avis qu'elles expriment en ces termes : « c'est quelque chose qui ressource les CS comme les CPP » ; « ça nous sort de la gestion des problèmes du quotidien » ; « c'est gratifiant de mener à bien un projet, cela permet de s'oxygéner en travaillant avec d'autres collègues ». La CPP3 rajoute que cela permet aux cadres d'apprendre la conduite des projets restructurants : « comité de pilotage, gestion de projet, conduite de réunions, préparation des agents à ces restructurations ». La CS2 explique que travailler avec une approche processus permet aux cadres, d'une part de travailler en équipe, et d'autre part de « mieux connaître les cadres des autres services en tant que personnes ». Les bénéfices sont donc l'acquisition de savoir-faire managérial, la valorisation de l'encadrement et le décloisonnement dans le fonctionnement des organisations.

## **Les modalités d'accompagnement de l'encadrement soignant**

Toutes les personnes interviewées déclarent que les CPP et les CS sont accompagnés dans la mise en œuvre des projets performance.

L'accompagnement de l'encadrement prend différentes formes que nous avons repérées en prenant en compte le point de vue et le vécu des catégories professionnelles interviewées.

### L'accompagnement par la formation continue

#### Les directeurs

Le DG1 déclare qu'il faut « un accompagnement par la formation » car il donne aux cadres « la capacité à prendre du recul, à réfléchir, à partager avec d'autres collègues ». Le DG2 évoque aussi la formation en se référant à celle organisée par la CGS1 sur la conduite du changement et qui vient de débiter.

#### Les directeurs des soins

La CGS1 et la CGS2 ont formalisé l'accompagnement de l'encadrement par la formation continue. La CGS1 dit avoir constaté à son arrivée dans l'établissement une « offre de formation continue peu spécifique et peu développée pour l'encadrement ». Elle a alors organisé des formations sur des thèmes managériaux tel que « bientraitance », « gestion des conflits ». Plus récemment, elle a mis en place une formation d'« appui à la conduite du changement » basée sur « la méthode du co-développement » avec des groupes de CSS et des groupes de CS. La CGS2 s'appuie sur un parcours de formation managérial à la prise de poste pour les CS et sur un plan de formation pluriannuel qui prévoit d'envoyer chaque année trois cadres soignants (CPP et/ou CS) suivre un « master qualité » ou un « master management des organisations ». Dans cet établissement, un plan de formation est formalisé pour accompagner le parcours de professionnalisation de l'encadrement. Par contre, la CGS3 dit ne pas avoir organisé de formation continue pour l'encadrement sur des thèmes managériaux. La CGS4 cite uniquement la formation au management de pôle pour les exécutifs de pôle.

#### Les cadres paramédicaux de pôle

Les trois CPP ont suivi des formations à leur propre initiative durant leur parcours professionnel sur des thématiques managériales : bientraitance, communication, gestion des conflits. La CPP3 a suivi des formations diplômantes en ergonomie et en management. Elle explique que ces formations sont très utiles dans sa fonction d'encadrement pour « prendre en compte la qualité des soins pour le patient et la qualité des conditions de production pour les agents ». Elle parle aussi du Lean management « utilisé pour repenser comment prendre en charge autrement le patient ».

Les CPP parlent de la formation « appui au changement » en précisant qu'elle est initiée par la CGS1 et qu'elle est obligatoire.

### Les cadres de santé

La CS1 et la CS2 ont eu une formation spécifique au poste sur lequel elles ont été affectées. La CS1 et la CS3 ont des apports sur le management en formation initiale. Le CS2 a passé le diplôme universitaire « organisation des plateaux techniques » avant de faire une validation des acquis de l'expérience pour la fonction de cadre. Seule la CS1 a suivi deux formations ponctuelles en lien avec le management, une sur « l'éthique » et l'autre sur « la bientraitance ». Dans le cas des trois CS interviewés, ces éléments vont dans le sens du constat fait par la CGS1 : la nécessité de mettre en place des formations spécifiques pour l'encadrement dans un contexte de restructurations.

En croisant les entretiens menés auprès des DG, des CGS, des CPP et des CS, il ressort que seul le CGS1 et le CGS2 font référence à un projet de formation continue construit spécifiquement pour l'encadrement. Durant leur parcours professionnel, les CPP ont été à l'initiative des formations qu'elles ont suivies. Les CS ont plutôt bénéficié, en complément de la formation initiale, de formations en lien direct avec la spécificité du poste occupé.

### L'accompagnement par le supérieur hiérarchique

#### Les directeurs

Les DG n'évoquent pas ce qui est fait sur leur établissement mais plutôt leurs attentes vis-à-vis du DS. Pour le DG1 et le DG3, il faut que le « DS apporte un soutien aux CS par l'intermédiaire des CPP ». Le DG3 en précise l'objectif : « la bonne santé du groupe cadres ». L'attente du DG1 est « l'existence d'un fonctionnement global » mis en place par le DS et « permettant d'avoir un partage de l'information entre les CS, les CPP et les DS ».

Par ailleurs, le DG2 explique que dans sa fonction de directeur général adjoint, son rôle est de coordonner l'ensemble des projets avec les directions fonctionnelles.

Dans ce cadre, il a décidé de se joindre tous les deux mois à la réunion mensuelle du CGS1 avec les cadres supérieurs de la direction des soins et les cadres paramédicaux de pôle. Il s'agit pour lui d'une « réunion stratégique » visant à participer à l'accompagnement de l'encadrement supérieur « en communiquant régulièrement sur les décisions et les projets institutionnels ».

### Les directeurs des soins

L'accompagnement des CPP prend des formes différentes. La CGS1 indique faire participer les cadres volontaires à « des actions transversales qu'ils vont ensuite réimplanter dans leur unité ». Dans les projets, elle veille à être « présente tout au long du processus tout en essayant aussi de laisser à l'encadrement la possibilité de s'impliquer dans le projet et de développer des compétences supplémentaires ». La CGS2 utilise sa réunion mensuelle avec les CPP pour « échanger sur les projets en cours » et fait « remonter à la direction de la performance les informations ». La CGS3 dit accompagner l'encadrement en « étant le pilote du projet » pour s'assurer du respect du cadrage institutionnel et d'une démarche participative.

Elle précise qu'il faut prendre en compte toutes les personnes concernées et notamment « les médecins ». La CGS4 anime des « séminaires management » qui lui permettent « d'accompagner l'encadrement par des échanges sur les problématiques rencontrées ».

La CGS1 et la CGS3 accompagnent les CPP en se positionnant sur le pilotage stratégique. La CGS2 et la CGS4 se placent plutôt dans un suivi distancier des projets en organisant des temps d'échange. Dans les deux approches, en déléguant à l'encadrement soignant la conduite et la mise en œuvre des projets de réorganisation au sein des pôles, les CGS favorisent ainsi un des enseignements évoqués par Minvielle E. et Contandriopoulos A. Le principe selon lequel le processus de changement est source d'apprentissage pour les acteurs qui s'y impliquent. En étant des acteurs engagés dans les projets de réorganisation, les CPP et les CS peuvent ainsi développer des compétences managériales et s'approprier la vision de la performance portée par les CGS : concilier la performance économique et la qualité des prises en charge.

### Les cadres paramédicaux de pôle

Les trois CPP déclarent qu'elles sont accompagnées dans la mise en œuvre des projets de réorganisation. Mais seule deux CPP décrivent en quoi il consiste. La CPP1 parle d'échanges informels avec la CGS1 pour la tenir informée de l'avancée des projets et des blocages éventuels. La CPP3 parle longuement de la CGS1 et de l'accompagnement dont elle bénéficie.

Elle précise que sa « chance est que la CGS soit le directeur référent » de son pôle. : Elle explique : « comme elle a des relations avec tous les directeurs, c'est facile car les décisions sont rapides », « elle nous aide pour la conduite des projets, pour résoudre les problèmes dans les relations avec les agents ». Nous apprenons pendant l'entretien qu'elles ont déjà travaillé ensemble dans un autre établissement.

Par ailleurs, La CPP1 et la CPP2 parlent d'un travail en collaboration avec l'ingénieur en organisation rattaché à la direction de la performance. Elles soulignent qu'elles ont été aidées pour l'organisation de réunions avec les médecins et pour disposer d'« outils travaillés avec le service informatique ». La CPP2 raconte avoir été à l'initiative d'un travail sur l'amélioration du codage aux urgences. Après avoir fait « un truc en comptant à la main les petits bâtons pour compter les actes facturables aux urgences », elle a sollicité la direction de la performance.

Du vécu des CPP ressort un besoin d'accompagnement sur le plan managérial (relations avec les médecins, gestion des situations de blocages, écoute de leurs difficultés...) et sur le plan technique (élaboration d'outils de recueil de données).

#### L'accompagnement des CS du point de vue des CPP et des CS

Les trois CPP expliquent comment elles accompagnent les CS. La CPP2 et la CPP3 parlent des réunions auxquelles elles participent avec les CS dans les contextes de « changement des conditions de travail pour les agents » et des « déménagements réalisés avec eux ». La CPP3 organise aussi des groupes de travail avec des CS de différents services du pôle pour les « travailler avec eux et les impliquer dans les projets sur les restructurations ». La CPP1 a organisé l'accompagnement des CS en réservant « trente minutes par semaine et par cadre pour échanger sur les projets et les difficultés.

Les trois CS interviewés ne travaillent pas dans le même pôle. Elles disent toutes les trois bénéficier d'un accompagnement par « leur » supérieur hiérarchique direct mais sans préciser en quoi il consiste.

Des attentes en matière d'accompagnement émergent des entretiens. La CS1 dit apprécier d'être accompagnée par la CPP tout en précisant : « comme je suis autonome et créative, j'aime aussi avoir une liberté d'action et d'idée ». La CS2 et la CS3 soulignent l'importance d'avoir « une relation de confiance avec des possibilités d'échanges et de réflexions sur des problématiques » et de « l'écoute ». Par ailleurs, la CPP1 énonce sa conception de l'accompagnement managérial : « c'est laisser une autonomie au cadre et répondre présent quand il en a besoin ».

L'accompagnement de l'encadrement soignant est une réponse managériale à mettre en œuvre par le directeur de soins

## **2.2.5 Le pilotage de la performance par le directeur des soins**

Nous avons exploré la contribution du DS au pilotage de la performance à travers les attentes des directeurs d'établissements et les pratiques des DS interviewés.

### **Le positionnement du directeur des soins dans l'équipe de direction**

#### **Les directeurs d'établissements**

Les trois directeurs d'établissements ont des attentes vis-à-vis du directeur des soins dans le contexte de recherche de performance. Pour le DG3, la performance à l'hôpital amène un changement dans la dynamique de l'équipe de direction : « la performance à l'hôpital pose la question des plates-bandes et du rôle de chacun dans l'équipe de direction ». Il précise que « cela brouille les limites de la fonction et des compétences du directeur des soins ». Le DG1 et le DG3 soulignent les collaborations à développer par le directeur des soins au sein de l'équipe de direction dont il est « membre à part entière ». Ils pointent la nécessité de construire de la transversalité, notamment avec la direction de la performance et la direction des ressources humaines. Le DG3 cite aussi la collaboration à établir entre le DS et le président de la commission médicale d'établissement (PCME) pour « mettre de la transversalité entre le projet médical et le projet de soins ».

Les attentes des DG mettent en exergue la dimension stratégique de la fonction de DS. Le référentiel de compétences l'énonce comme ci: « conception, pilotage et suivi des différents projets contribuant au bon fonctionnement de la structure ».

#### **Les directeurs des soins**

Leur conception du positionnement du DS est repérable dans la façon dont les CGS abordent l'existence d'une direction de la performance. Le vécu de l'articulation entre le DS et la direction de la performance est présenté positivement par la CGS1 et la CGS4 alors que la CGS2 et la CGS3 rapportent des situations de conflits. La CGS1 explique que présentée « comme une direction projet...il y avait au départ un risque de conflit de territoire ». Elle précise « nous avons trouvé un mode de coopération sur des projets » et « je reconnais son expertise sur les chiffres et il reconnaît mon expertise sur l'organisation des soignants et le management de l'encadrement ». Par ailleurs, la CGS2 et la CGS3 expliquent les difficultés de fonctionnement par la notion de « territoire » : « une superposition des missions du DS et du directeur de la performance, d'où des défauts de communication qui créent des résistances réciproques ».

Le sujet de la collaboration avec la direction de la performance paraît être un sujet de discussion pour les CGS.

## Les indicateurs de mesure de la performance

### Les directeurs d'établissement

Seul le DG1 exprime des attentes vis-à-vis du DS dans la mesure de la performance. Il insiste sur son expertise en précisant qu'il « doit être capable de savoir ce qu'il peut amener pour que l'indicateur soit pertinent sur l'aspect soins ». Ce rôle s'inscrit dans la conception que le DG1 a de la construction des indicateurs de performance. Son message à chaque direction fonctionnelle est « vous avez des savoirs chacun dans votre coin qui ne servent à rien s'ils ne sont pas partagés ». La non-circulation de l'information au sein de l'équipe de direction est « un frein à la performance ». Il précise qu'il a demandé que les indicateurs soient élaborés aussi à partir « des informations pertinentes dont ont besoin les services pour être performants ». Il explique que ces derniers sont aujourd'hui attachés « à leurs tableaux de bord et ils ne sont plus sur leurs cahiers à spirales avec des barres pour relever des données ». Nous retrouverons dans ses propos ceux exprimés par les CPP quand elles expliquent l'aide apportée par les ingénieurs en organisation. Le DG1 a posé ainsi un principe managérial, visant à travers l'élaboration et le partage d'indicateurs pertinents, une performance collective. La communication entre les différents acteurs en est une condition essentielle. Cet aspect est exprimé par le DG2 en ces termes : « la recherche de performance nécessite la coordination des projets au niveau stratégique par l'équipe de direction et la participation des professionnels aux réflexions dans la mise en œuvre ».

### Les directeurs des soins

Les CGS interviewés font référence à plusieurs types d'indicateurs qui leur permettent de mesurer la performance dans la prise en charge des patients. Les quatre CGS évaluent la qualité et la sécurité des soins à partir des indicateurs nationaux et institutionnels. La CGS1 regarde aussi les résultats des audits de soins. La CGS2 et la CGS3 évoquent les enquêtes de satisfaction auprès des patients. La CGS1 suit les événements indésirables associés aux soins comme indicateurs de difficultés dans les services. Les quatre CGS s'appuient sur des indicateurs de « la satisfaction des professionnels au travail » : le *turn over*, le taux d'absentéisme. Enfin, la CGS1 rajoute qu'elle regarde les indicateurs institutionnels diffusés par la direction de la performance à l'équipe de direction et aux responsables de pôle : le taux d'occupation des lits, l'IPDMS<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> IPDMS : Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IPDMS) : correspond à la division du nombre de journées de l'établissement par le nombre de journées théoriques pour le périmètre considéré. Le nombre de journée théorique étant calculé en faisant la somme sur l'ensemble des GHM de l'établissement du nombre de séjour par la DMS nationale du GHM. Source : <https://www.scansante.fr>, visité le 31/08/19

Les indicateurs cités montrent la volonté des CGS de concilier les aspects efficacité et qualité des soins dans la recherche de performance. Il y a une cohérence entre leur perception de la performance dans la prise en charge des patients et son pilotage par des indicateurs complémentaires.

#### Les cadres paramédicaux de pôle

La CPP2 et la CPP3 se basent sur les indicateurs d'activité des tableaux de bord partagés par les directions fonctionnelles et les services. La CPP1 et la CPP2 parlent des indicateurs de qualité de prise en charge. Toutes deux évoquent les « audits des pratiques professionnelles » dans le cadre de la démarche qualité. La CPP1 mentionne « les plaintes ». Les CPP suivent donc des indicateurs institutionnels de performance économique (indicateurs d'activité) et de qualité des soins (démarche qualité).

#### Les cadres de santé

Les trois CS mentionnent « les audits des pratiques de soins ». La CS3 ajoute « la satisfaction du patient ». Le CS2 fait référence aux indicateurs d'activité mis en place par l'ingénieur en organisation dans le bloc opératoire tel que le taux de vacations offertes et le taux d'utilisation réelle des salles.

Les indicateurs énoncés par l'encadrement soignant traduisent le cadrage institutionnel. Cependant, aucune précision n'est donnée sur l'utilisation dans leur fonction managériale. Ils n'indiquent pas non plus ceux qui sont les plus significatifs pour eux en matière de performance.

### **2.3 La synthèse de l'analyse au regard des sous-questions**

La performance dans les établissements de santé n'est pas une notion appréhendée, dans sa complexité, et est partagée dans toutes ses dimensions par les personnes interviewées. Les définitions données par les directeurs d'établissements, les CGS, les CPP et les CS traduisent la place qu'ils accordent, spontanément lors des entretiens, à une ou plusieurs des dimensions de la performance telle que définie par l'OMS et reprise par l'ANAP : « la qualité de prise en charge pour les patients, la qualité des conditions de travail pour les professionnels et l'efficacité des organisations ». L'état des lieux a porté ses fruits en repérant les tendances.

Les directeurs d'établissement mettent en avant une meilleure gestion financière et une dynamique d'amélioration des pratiques professionnelles.

Cette approche de la performance conforte l'orientation donnée par les tutelles (le ministère des solidarités et de la santé, les ARS).



La maîtrise des processus organisationnels est ciblée pour conduire l'efficacité. Cette solution nécessite un travail de formalisation et des outils de gestion, et une amélioration de l'organisation des prises en charge. L'idée est que la recherche de performance à l'hôpital introduit des changements, est avancée. Le DG2 regrette qu'à l'hôpital, la démarche processus soit centrée sur les processus qualité et non sur les processus performance. Le rôle du DS défini par les directeurs, est l'amélioration des organisations de soins et l'optimisation des parcours des patients. Cette description traduit leurs attentes dans ce domaine,

Les DS manifestent leur volonté de concilier la dimension efficacité des organisations et la dimension qualité des soins avec la réponse aux besoins des usagers dans la recherche de performance. Pour deux DS, la gestion par processus leur permet de répondre aux attentes de la HAS dans le cadre de la certification ; pour les deux autres, elle apporte une vision systémique qui rend pertinente la conduite de projets d'amélioration des prises en charge. Concernant ce dernier aspect, la DS3 souligne l'insuffisance de formalisation de ce type de démarche.

En donnant des éléments de définition, l'encadrement soignant associe à la notion de performance la dimension efficacité et la dimension qualité des prises en charge. Cependant, majoritairement, une différence apparaît entre les CPP et les CS dans la manière dont elles l'intègrent dans leurs approches managériales. Il ressort des entretiens avec les trois CPP, la recherche d'équilibre entre la dimension efficacité et la dimension de la qualité des prises en charge. Dans les entretiens avec deux CS, la dimension qualité des prises en charge est au premier plan. Par ailleurs, les CPP associent la notion de processus plutôt à un travail de formalisation de l'organisation des prises en charge, alors que, pour deux CS, il s'agit d'écrire les processus et les procédures dans le cadre de la démarche qualité.

En somme, la dimension « efficacité des organisations » est prégnante chez les DG, les CGS et les CPP. Cela peut être mis en relation avec la mise en place des pôles d'activité qui a conduit les équipes de direction à impliquer les exécutifs de pôle dans la gestion des organisations. Dans ce cadre, le directeur des soins joue un rôle majeur d'accompagnement des CPP dans la déclinaison de projets performance, dans les contrats de pôle et dans la collaboration avec les chefs de pôle. Les CGS, les CPP et les CS associent à la performance la dimension « qualité de prise en charge pour les patients ». L'approche « soins » est partagée par les CGS et l'encadrement soignant. Celle-ci résulte d'une part, de leur parcours avec un exercice professionnel débuté dans la réalisation des soins.

D'autre part, elle est portée par le DS en prenant appui sur le projet de soins élaboré en cohérence avec le projet médical. La dimension « qualité des conditions de travail pour les professionnels » est spontanément peu abordée par les différentes catégories professionnelles. Cet aspect n'est suggéré que par trois professionnels. La CGS1 parle de l'intérêt de favoriser les relations de coopération entre les cadres pour le développement d'une identité de groupe et le bien-être au travail. La CGS3 déclare qu'il est important de respecter les valeurs soignantes dans la recherche de performance. La CS3 évoque sa propre difficulté à concilier l'efficacité à l'hôpital avec ses valeurs professionnelles.

Un dispositif d'accompagnement doit être adapté aux besoins du professionnel et nécessite de mener une analyse précise de sa demande. Plusieurs points sont à retenir des propos des DG, des CGS et du vécu de l'encadrement soignant dans le contexte de mise en œuvre de projets performance. L'accompagnement des cadres à la fonction d'encadrement repose sur la politique de formation continue élaborée au sein de l'institution, et sur les pratiques managériales du supérieur hiérarchique direct.

Les DG et les CGS donnent une place importante à la formation continue dans le développement des compétences managériales de l'encadrement soignant. Pour autant, seule la CGS1 fait référence à un projet de formation qu'elle a construit et mis en œuvre au regard du contexte institutionnel d'évolution des organisations. Elle traduit ainsi la volonté institutionnelle d'accompagnement de l'encadrement. La politique de formation institutionnelle doit inclure celle de l'encadrement paramédical défini par le DS en collaboration avec le directeur des ressources humaines.

L'accompagnement managérial mis en œuvre par les CGS vise en premier lieu les CPP et ne fait pas l'objet de formalisation précise. Il consiste à apporter des réponses aux sollicitations par les CPP. Deux CGS veillent particulièrement à être plus présentes dans le cadre de la conduite de projets de restructuration. Les CPP accompagnent les CS en fonction des sollicitations et sont physiquement présentes aux côtés des CS dans les moments de tensions avec le personnel soignant et/ou médical.

Des entretiens avec les CPP et les CS, ressortent deux aspects à prendre en compte.

Tout d'abord, elles tirent des bénéfices de la conduite de projet :

- le développement de compétences managériales, l'appropriation d'outils et de méthodes de gestion de projet
- le renforcement de l'estime de soi, du fait du travail construit et mené à terme

- la création de liens professionnels et amicaux avec d'autres cadres et en conséquence le décloisonnement entre les services par l'intermédiaire de l'encadrement.

Ensuite, elles ont des attentes concernant l'accompagnement managérial :

- une relation de confiance
- une approche réflexive dans le traitement des problématiques rencontrées
- une écoute
- le respect de l'autonomie de l'encadrement dans l'exercice de ses missions et dans la mise en œuvre des projets.

Des entretiens avec les DG, les CGS et l'encadrement, résultent trois champs d'actions à investir par le DS dans le pilotage de projets performance : son positionnement et la construction de collaborations au sein de l'équipe de direction visant à favoriser la transversalité ; sa contribution à l'élaboration et au suivi d'indicateurs pour lesquels son expertise est essentielle ; un management réflexif, basé sur la confiance et respectant l'autonomie de l'encadrement soignant.

L'élaboration et le partage d'indicateurs pertinents requièrent un travail de construction par les directions concernées par les projets, en répondant aux besoins des services.

Le DS dispose d'indicateurs pour évaluer la performance dans ses trois dimensions : prise en charge des patients, conditions de travail, efficience des organisations. Cette évaluation doit avoir un sens pour que les CPP et les CS puissent accompagner les professionnels dans l'adaptation au changement.

Le DS a un rôle pivot dans l'accompagnement de l'encadrement, le pilotage et la conduite du changement en prenant en compte le contexte local dans l'établissement. Il s'agit de donner un sens et d'agir concrètement dans le but de fédérer les équipes autour de la nécessité de concilier performance et qualité de prise en charge des patients.

L'enjeu est l'équilibre entre la dimension économique et l'efficacité de la prise en charge des patients dans un parcours de soins donné. L'appropriation des dimensions de la performance permet alors de traduire la recherche d'optimisation des organisations de soins en actions : pratiques professionnelles, évaluation de l'atteinte des objectifs de performance, suivi et maintien de la dynamique engagée pour la qualité et l'efficience des soins aux patients, satisfaction au travail des professionnels.

Les axes qui vont nous guider dans l'élaboration de préconisations relatives aux leviers à utiliser par le directeur des soins sont les suivants :

- La collaboration avec les membres de l'équipe de direction dans le cadre du rôle stratégique et d'expertise en soins
- L'utilisation d'indicateurs de pilotage pertinents, limités et partagés
- L'accompagnement de l'encadrement soignant dans la conduite du changement

### **3 Préconisations**

Les enseignements tirés de l'étude nous permettent de nous projeter dans notre prise de poste de directeur des soins. Il nous paraît essentiel d'établir un plan d'action en prenant en compte les aspects analysés dans ce travail. Pour autant, nous avons conscience que celui-ci devra être adapté aux réalités locales et territoriales, ajusté dans sa temporalité pour intégrer l'imprévu dans le déroulé de chaque étape. Il devra également laisser la place à la singularité des rencontres humaines, et s'attendre à un inconnu avec notamment des réformes futures.

#### **3.1 Réaliser un état des lieux**

A la prise de poste au sein d'un établissement, il est utile de réaliser un état des lieux sur une période d'un à trois mois. Tactiquement, il s'agit de le réaliser dans un temps défini car nous serons rapidement absorbés par les sollicitations et les exigences du fonctionnement quotidien.

Pour établir ce diagnostic initial, il est nécessaire de procéder au recueil et à l'analyse de différentes données :

- Les documents internes de l'institution pour appréhender les orientations politiques, stratégiques, économiques, médicales, soignantes et sociales : projet d'établissement et orientations en matière de performance, projet médical, projet de soins, projet managérial, projet social avec le plan de formation
- L'avis et les attentes du directeur de l'établissement sur le sujet
- Les réunions institutionnelles pour prendre connaissance des enjeux pour l'établissement et pour le territoire
- Le recueil des données économiques : indicateurs d'activité et points de vigilances, tableau prévisionnel des effectifs rémunérés, outils institutionnels et modalités de circulation des informations.
- Le positionnement institutionnel de la direction des soins par rapport aux pôles, aux autres directions

- Les documents comportant les aspects formalisés dans le domaine des soins : résultats du rapport de certification, suivi des évènements indésirables graves, maquettes organisationnelles et réalités de fonctionnement des services...
- Le rapport d'activité de la direction des soins
- Le travail de collaboration effectif entre la direction des soins et les CPP
- La délégation de conduite de projet performance aux pôles par le DS et le suivi
- L'élaboration de la cartographie de l'encadrement : CPP et CS
- Les fiches de poste

Après avoir établi un diagnostic, il nous semble nécessaire d'élaborer un plan d'action à soumettre au préalable au CGS et au directeur d'établissement pour validation. Il sera ensuite ponctué de points d'étapes et d'échanges d'informations avec le CGS pour assurer la cohérence des actions de la direction des soins.

### **3.2 Saisir et poser les modalités de collaboration**

Le directeur des soins contribue aux processus de décisions institutionnelles aboutissant à la définition de projets stratégiques. Son positionnement au sein de l'équipe de direction se traduit par sa capacité à construire des collaborations avec les autres directeurs fonctionnels. Il lui appartient de trouver des modalités d'ajustement dans le respect du domaine de compétences de chacun et dans le partage des informations. En favorisant la transversalité par ces partenariats, il est alors à même de contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique institutionnelle.

#### Participer à la construction de projets performance

Il s'agit de définir les modalités de fonctionnement avec les autres directeurs :

- Proposer des réunions régulières entre directeurs de manière à définir les attentes réciproques et identifier les contraintes inhérentes aux projets.
- Favoriser les groupes thématiques, sans trop les multiplier, afin d'approfondir la réflexion et l'analyse avec certaines directions au regard de la nature du projet. Par exemple, pour un projet visant l'efficacité des organisations sur le plan des effectifs en personnel, le directeur des soins travaillera sur des temps dédiés avec le directeur d'établissement, le directeur des ressources humaines, la direction des finances et la direction de la performance s'il y en a une.

#### Veiller à favoriser la transversalité entre le projet de soins et le projet médical

Il s'agit de construire une collaboration avec le Président de la commission médicale d'établissement (PCME) sur les orientations institutionnelles.

Elle permet de favoriser la déclinaison concrète des projets par les équipes médicales et paramédicales. Il peut être instauré des temps d'échanges réguliers avec des modalités formelles ou informelles selon les attentes du PCME et du DS.

### **3.3 Accompagner et manager**

#### **3.3.1 Définir les modalités structurelles de l'accompagnement**

L'accompagnement de l'encadrement soignant nécessite d'être formalisé et communiqué par le DS :

- Organiser des actions individuelles et collectives :

Une réunion mensuelle avec les CPP

Une réunion tous les deux mois avec les CPP et les CS en y invitant des cadres d'autres secteurs d'activité concernés par les projets transversaux

Des temps d'échanges individualisés et planifiés en réponse à des besoins exprimés par les CPP, les CS et/ou identifiés par le DS

- Mettre en place des temps de travail avec l'encadrement de pôle sur les organisations (maquettes organisationnelles...) et les projets (projets institutionnels, projet de soins).
- Planifier des rencontres régulières avec l'encadrement soignant dans les secteurs d'activité

- Fédérer l'encadrement autour d'une charte managériale :

Le DS organise des temps dédiés et/ou un séminaire avec les CPP pour favoriser la construction d'un collectif de travail autour de valeurs partagées et d'un esprit de solidarité. Ils sont ensuite à même de décliner la démarche auprès des cadres de santé. Ce type de projet peut être le point de départ pour définir les principes et les valeurs servant de base à la rédaction d'une charte managériale. Celle-ci comporte aussi l'élaboration d'outils de référence et partagés. Ils visent à promouvoir la cohérence et l'efficacité dans la gestion des personnels, la solidarité entre les secteurs au sein d'un pôle, l'éthique managériale, la diffusion des informations et la communication au sein de l'équipe d'encadrement.

- Mobiliser l'encadrement soignant dans des réunions stratégiques :

L'objectif est de favoriser l'implication de l'encadrement soignant dans les projets performance en les amenant à participer à des comités de pilotage transversaux.

Ces temps de régulation avec les autres directions et équipes d'encadrement contribuent au décloisonnement, à la transversalité et au suivi de la mise en œuvre des projets. Les cadres ont alors la possibilité de faire des propositions et de faire part des besoins de réajustement et/ou des difficultés rencontrées pouvant être résolues collectivement.

- Favoriser la communication institutionnelle et une démarche pédagogique pour mobiliser le collectif dans la recherche de performance :

Les directions fonctionnelles sont invitées à présenter et/ou à restituer le bilan de projets menés dans l'établissement (objectifs, méthodes, résultats) dans les réunions d'encadrement organisées par le DS. De même, le DS encourage la participation de cadres soignants aux réunions organisées par les directions fonctionnelles pour favoriser le partage d'informations.

### **3.3.2 Décliner un projet managérial**

Le directeur des soins impulse une dynamique managériale qui prend en compte l'évolution du contexte hospitalier et du métier de cadre soignant. Une politique managériale, en lien avec les orientations du projet médico-soignant, guide son action sur le plan stratégique, de la coordination, de l'organisation et des relations. Il assure le management et l'accompagnement de l'encadrement dans l'évolution de leur fonction. La formalisation de la politique managériale s'appuie sur un diagnostic initial du fonctionnement de l'encadrement et de l'expression de leurs attentes.

Le projet managérial paramédical résulte d'un travail de co-construction pour l'adapter au mieux au contexte local et aux individus. Il repose sur des valeurs partagées et aboutit à l'élaboration d'un dispositif permettant à l'encadrement d'occuper pleinement sa place dans des organisations performantes. Il s'agit d'encourager l'expression des attentes des cadres paramédicaux de pôle et des cadres de santé entre eux, vis-à-vis de la coordination générale des soins et de cette dernière vis-à-vis de l'encadrement soignant. Il permet de structurer de manière opérationnelle le fonctionnement.

Le projet managérial vise à fédérer les équipes autour des objectifs institutionnels dans leurs composantes humaines, économiques et de qualité. Il résulte d'une réflexion partagée sur les principes éthiques et managériaux qui guident les pratiques. Il définit des actions concrètes et permet l'accompagnement de l'encadrement dans l'adaptation au changement. Il est basé sur un management participatif porteur de sens donné aux actions.

Le travail d'élaboration du projet managérial nécessite une bonne connaissance de l'institution, des individus composant le groupe des CPP et le groupe des CS et un temps de maturité de la relation entre l'encadrement soignant et le DS. Aussi, pour être coconstruit, il ne sera pas formalisé dans la période initiale de prise de poste.

Les premiers éléments d'organisation mis en place lors du diagnostic initial pourront alors être évalués, réajustés et complétés de manière à structurer l'accompagnement en cohérence avec le projet managérial.

### **3.3.3 Impulser un management participatif et valoriser l'encadrement**

Le DS a un rôle majeur auprès de l'encadrement soignant pour fédérer le groupe autour de pratiques managériales partagées. Il favorise ainsi leur déclinaison dans les pôles et dans les services.

Par un management participatif et réflexif, le DS peut signifier la confiance et favoriser l'autonomie de l'encadrement soignant. La délégation de conduite de projets aux CPP, dans les pôles et en transversal dans l'établissement, permet de les valoriser avec un constat partagé du travail réalisé. Cette délégation se base sur la formalisation d'objectifs négociés, de moyens dédiés, de temps d'échanges formalisés et de temps d'évaluation des résultats. Le travail réalisé par les individus est ensuite à valoriser auprès de l'équipe de direction, des équipes médicales, en commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. En renforçant la délégation de conduite de projets aux CPP, le DS les encourage aussi, à leur tour, à confier aux CS des projets à décliner dans les services.

Le DS veillera aussi à encourager l'encadrement à mener un management participatif auprès des équipes. Celui-ci contribue à engager une dynamique d'amélioration continue dans les pratiques de soins et d'organisation des prises en charge. Par exemple, les approches type *Lean management*, bénéficiant d'un portage institutionnel, partent de l'identification des difficultés par les professionnels et de leurs propositions d'amélioration. Elles contribuent à améliorer les coûts de fonctionnement tout en responsabilisant les acteurs.

### **3.3.4 Développer l'accompagnement à la fonction d'encadrement**

Il s'agit de mettre en place différents dispositifs visant à soutenir et accompagner l'encadrement soignant à la fonction managériale.



Des dispositifs<sup>48</sup> peuvent être mis en place en collaboration avec le directeur des ressources humaines. Ils sont de trois types et visent :

- Le développement des compétences (le codéveloppement, le tutorat...)
- L'évaluation des compétences (le bilan de compétences, l'entretien d'accompagnement du parcours professionnel...)
- Les formations au management.

Les formations permettent à l'encadrement et selon ses besoins d'appréhender différents thèmes centrés sur le management tel que le management d'un collectif de travail, la gestion des conflits, la communication dans le changement, la conduite du changement.

Les mesures d'accompagnement doivent aussi cibler l'intégration et la formation des nouveaux cadres ainsi que des professionnels entrant dans un projet futur de cadre.

L'apprentissage de « savoir faire managériaux » nécessaires à la conduite de changement est développé grâce à des dispositifs favorisant la transversalité. L'apprentissage résulte du partage des pratiques et des connaissances entre les cadres de pôle, et entre les cadres de santé ainsi qu'avec les cadres des autres filières. Le DS organise au sein de la coordination générale des soins le déploiement et le suivi de groupes de travail pluridisciplinaires, pour la mise en œuvre de projets transversaux. Il positionne des cadres paramédicaux de pôle et/ou des cadres de santé sur des missions transversales, permettant des gains en matière d'efficience (sur des thématiques ressources humaines, logistiques...), de qualité de prise en charge (parcours patients spécifiques, prévention des risques liés aux soins...) et de qualité des conditions de travail.

L'organisation de séminaire d'encadrement soignant réunissant les cadres supérieurs et les cadres de santé sur la base d'un projet construit et validé par le directeur d'établissement permet un partage du questionnement sur leurs pratiques, leurs expériences difficiles mais aussi réussies et de se construire de nouveaux repères. Il peut être réalisé une à deux fois par an. Il est accompagné par un professionnel extérieur à l'établissement, sur un temps dédié, en dehors des secteurs d'activité et surtout sans téléphone. L'expérience d'un temps partagé, à la fois convivial et professionnel, contribue à créer une histoire commune au collectif équipe d'encadrement de l'établissement.

---

<sup>48</sup> DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, 2017, *Guide de l'accompagnement à la fonction managériale dans la fonction publique de l'Etat* [en ligne], 85 p. [visité le 16.09.2019], disponible sur internet : [www.fonction-publique.gouv.fr](http://www.fonction-publique.gouv.fr)

### 3.4 Prioriser et coconstruire des indicateurs de pilotage

S'appuyer sur des indicateurs pour évaluer les résultats de la mise en œuvre de projets performance exige au préalable d'en connaître les objectifs, d'en maîtriser le processus d'élaboration et les modalités de recueil des données. Les indicateurs doivent être construits et priorisés au regard des priorités intentionnelles et des besoins d'amélioration dans les services. Le choix des indicateurs doit permettre de mesurer la qualité de prise en charge pour les patients, l'efficacité des organisations, et la qualité des conditions de travail des professionnels. Ces indicateurs ont pour objet d'assurer le suivi de la mise en œuvre des orientations institutionnelles. L'étendu donnée à la contractualisation interne avec les pôles d'activité est reconnue comme étant un levier de changement efficace qui permet de conjuguer les efforts de recherche de qualité et d'équilibre financier. Les objectifs de performance sont à décliner dans les contrats de pôle et adaptés aux spécificités des services.

Le travail initial va donc consister à identifier les différents indicateurs utilisés par domaine en faisant aussi émerger ceux qui sont en lien avec le champ d'intervention de la direction des soins. Il faut ensuite évaluer quelle place ils ont dans le fonctionnement de cette direction : Qui les recense et les suit ? A quel niveau ? Quelle est la fiabilité des données recueillies par secteur d'activité ? Quels sont les outils et les modes de communication utilisés ? Avec quels acteurs les résultats sont-ils partagés et quand ? Sont-ils suivis d'actions de réajustement ? Comment sont-ils appréhendés par les CPP et les CS dans leurs missions ?

#### Prioriser des indicateurs de qualité de prise en charge pour le patient

- Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins :

Ils sont identifiés en lien avec le projet qualité et gestion des risques. Le DS mobilise l'encadrement dans l'élaboration du projet de soins en tenant compte des axes du projet médical. Cette démarche permet de faire participer les professionnels à la mise en œuvre concrète avec la définition des objectifs, des outils et des indicateurs de suivi. Ce travail vise à allier la prise en compte des indicateurs institutionnels transversaux et l'identification d'indicateurs pertinents propres aux pôles en nombre limité.

- Les audits de pratiques de soins et/ou d'organisation des soins :

Des audits transversaux dans l'établissement, réalisés par l'encadrement, permettent de développer la collaboration et la solidarité entre les différents cadres, la connaissance d'autres activités, la comparaison avec d'autres pratiques. En outre, ils ont l'opportunité de travailler d'autres aspects : les interfaces, l'organisation, les pratiques de soins, la responsabilité professionnelle, la participation du patient à sa prise en charge.

- Les audits « patient traceur » :

La recherche d'amélioration des pratiques nécessite la prise en compte de l'avis du patient dans l'analyse de processus d'activité et du parcours de soins qui lui est propre. Ces audits, en s'appuyant sur le vécu du patient et en donnant lieu à la réalisation de retour d'expérience en équipe pluridisciplinaire, permettent des réajustements immédiats, à moyen et à long terme. Les professionnels recueillent des « indicateurs » mettant en lien direct leur travail quotidien et la satisfaction des patients. Ce type d'audit s'avère aussi particulièrement intéressant dans l'évaluation de la mise en place d'une nouvelle organisation.

- Les événements indésirables associés aux soins :

Ils sont suivis par le DS, en lien avec la direction qualité et gestion des risques. En étant le reflet des dysfonctionnements et/ou des difficultés rencontrées par les professionnels, leur recensement vise à définir avec l'encadrement des actions ciblées par secteur et par domaine. Ils permettent d'agir sur la prise en charge des patients mais aussi sur les conditions de travail des professionnels.

#### Coconstruire des indicateurs d'évolution des organisations et de qualité des conditions de travail

Le DS doit concilier l'adaptation des organisations de soins et les conditions de travail des professionnels. Il définit des maquettes organisationnelles mettant en lien l'efficience des effectifs fixés au niveau institutionnel et les besoins des patients en travaillant, dans un premier temps, avec l'encadrement soignant. Ces maquettes prennent en compte les spécificités de prise en charge et les conditions de travail des agents (respect des cycles de travail, effectif en regard de la charge en soins, flux des patients sur 24 heures, ...). Elles sont ensuite discutées avec le chef de pôle et le directeur des ressources humaines puis présentées et explicitées auprès des agents.

Pour favoriser l'adhésion de l'encadrement et des agents, le DS les sollicite ensuite pour définir ensemble les critères de suivi et d'évaluation des résultats de la nouvelle organisation. La répartition de la charge en soins sur 24H, la satisfaction des besoins des patients et le respect des conditions de travail des agents en sont des exemples. Une période de mise en place et d'évaluation est ainsi fixée et des réajustements pourront être apportés pour concilier les différents aspects.

Le DS participe au suivi d'indicateurs stratégiques en lien avec les autres directions fonctionnelles (taux d'absentéisme, évolution de l'activité, gain d'efficience par rapport à l'objectif fixé...), et veille à leur diffusion auprès de l'encadrement.

Il met en place un tableau de bord de suivi de l'affectation des moyens en personnel permanent et en moyen de remplacement corrélés aux spécificités de prise en charge médico-soignante et à l'adaptation du service aux exigences d'accueil des patients en continu.

Parallèlement, le DS et le directeur des ressources humaines élaborent des outils leur permettant d'avoir des indicateurs de suivi à long terme sur l'accompagnement des agents. Par exemple, l'élaboration d'un « contrat de progression professionnelle » permet d'accompagner un agent en difficulté (cadre de santé, infirmière, aide-soignant...). Ce contrat d'engagement structure le suivi de la progression du professionnel en situation de travail tout en tenant compte des impératifs de prise en charge des patients et de dynamique d'équipe. L'évaluation pourra reposer sur des indicateurs tels que le nombre de professionnels accompagnés par catégorie, le nombre de contrats qui ont eu des résultats concrets.

## Conclusion

Sous l'effet de réformes successives, l'obligation d'amélioration, voire de transformation du fonctionnement et des organisations de l'hôpital public est une réalité établie. Ce mouvement s'accompagne de l'importation de règles et d'outils de gestion jusque-là propres au secteur de l'industrie.

Le sens de cette évolution est la maîtrise des dépenses motivée par la nécessité de transparence vis-à-vis de l'État et des citoyens en matière d'objectifs et de résultats. Les établissements publics de santé sont alors tenus de répondre à toutes leurs missions tout en s'engageant dans une dynamique de performance.

La performance, notion multidimensionnelle reflétant la complexité de la dynamique des organisations de travail, est alors à intégrer par des professionnels dont les métiers sont marqués par les valeurs et l'excellence attendues dans les soins.

La recherche de performance engage l'hôpital dans la conduite de projets visant des changements structurels et organisationnels. Ces changements, inévitablement associés à la recherche d'efficacité et de réduction des coûts, se traduisent par des effets sur le quotidien de travail des professionnels et les questionnent. L'encadrement soignant a un rôle essentiel d'accompagnement du changement auprès des équipes.

La condition est le partage de la notion de performance par les porteurs de projets, du directeur d'établissement à l'échelle stratégique au cadre de santé au niveau opérationnel, de manière à donner à voir un niveau d'exigence, tant sur le plan économique que sur le plan de la qualité de prise en charge pour le patient.

Dans ce contexte, il relève de la responsabilité du directeur des soins de mobiliser les leviers permettant d'accompagner l'encadrement dans la conduite de changement.

Le directeur des soins dispose de plusieurs niveaux d'action. Son positionnement stratégique dans l'équipe de direction impulse de la transversalité dans les pratiques managériales. Sa contribution à l'élaboration et au suivi d'indicateurs permet de veiller à concilier la dimension économique et la qualité de prise en charge pour les patients, tout en s'assurant de préserver les professionnels qui sont les premiers acteurs de la performance hospitalière. Il doit concevoir un accompagnement managérial basé sur la confiance et le respect de l'autonomie des cadres soignants, favorisant la performance individuelle et collective.



---

## Bibliographie

---

### Loi

Loi n°70-318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. JO n°70-318 du 3 janvier 1971

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. JO n°179 du 2 août 1991, 10255

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JO n° du 5 mars 2002

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO n°0167 du 22 juillet 2009

Loi n°2016-42 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JO n°0022 du 27 janvier 2016

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. JO n°0172 du 26 juillet 2019

### Ordonnance

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. JO n°102 du 3 mai 2005

Ordonnance n°2017-84 du 26 janvier 2016 relative à la haute Autorité de santé. JO n°0023 du 27 janvier 2017

### Décret

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

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JO n°0007 du 9 janvier 2014

### **Les articles du code de la santé publique**

Article L.6111-1 du Code de la santé publique, disponible sur Internet : [//www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr), [visité le 05.09.2019]

Articles L.6112-1 ; L.6112 -3 du Code de la santé publique, disponible sur Internet : [//www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr), [visité le 05.09.2019]

Article L.6113-10 du Code de la santé publique, disponible sur Internet : [//www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr), [visité le 21.09.2019]

### **Référentiel**

REFERENTIEL DE COMPETENCES DES DIRECTEURS DES SOINS, Direction des Etudes, Filière de formation des DS, EHESP, Rennes, décembre 2011. Mise à jour en novembre 2017

### **Articles de périodiques**

ANASTASY C., décembre 2012, « L'ANAP et les projets Performance », *Gestions hospitalières*, n°521, p.601.

COUDRIER C. et POTEL G., décembre 2012, « Concilier performance et management par le sens et la confiance », *Gestions hospitalières*, n° 521, p.610.

CORDIER C., « L'ANAP et l'EHESP signent un partenariat pour diffuser une culture partagée sur la performance » [en ligne], publié le 27/08/15, [visité le 10.05.2019], [//abonnes.hospimedia.fr](http://abonnes.hospimedia.fr).

COTARD B., DURAND V., MARTINIAULT X. et al, « Performance hospitalière : du triple A au changement d'étiquettes », *Gestions hospitalières*, n°539, octobre 2014, p.505.



GIAUQUE D., BARBEY V., DUC N., 2008, « Les leviers de la performance individuelle et collective dans les organisations publiques suisses : l'importance d'un pilotage participatif », *Revue française d'administration publique*, n° 128, pp.785-798

GRENIER C., MARTIN V., 2013, « Performance des organisations et bien-être des usagers : quels modes de pilotage et d'intervention ? », *Management et Avenir*, n° 61, pp.129-145

MINVIELLE E. et CONTANDRIOPOULOS A., 2004, « La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ? », *Revue française de gestion*, vol. n°150, no.3, pp. 29-53

MINVIELLE E., mars 2012, « Performance hospitalière : Rappel de quelques principes théoriques », *Gestions hospitalières*, n°514, p.172.

MOURIER A., décembre 2009, « Le management par les processus : du concept à la pratique », *Gestions hospitalières*, n°491, p. 611.

PASCAL C., 2003, « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, vol. n°146, pp. 191-204.

SEBAI J., mars 2015, « L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ? », *Santé publique*, Vol. 27, pp. 395-403.

## **Thèse**

REINHARDT S., 2011, « *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?* Thèse pour le Doctorat en Sociologie : Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis, 375 p.

## **Cours**

ORVAIN J., « manager par les processus », enseignant à l'EHESP Rennes, 2019

Unité d'enseignement « Adaptation des organisations de soins et de la prise en charge du patient », EHESP Rennes, 2019

## **Guides**

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES, 1999, « Etudes et résultats », n°42, 8 p.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES, 2016, « Les conditions de travail à l'hôpital », *drees.solidarites-sante.gouv.fr*, Fiche 17, p.118-125, [visité le 05.09.2019].

DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, 2017, *Guide de l'accompagnement à la fonction managériale dans la fonction publique de l'Etat* [en ligne], 85 p. [Visité le 16.09.2019], disponible sur internet : [www.fonction-publique.gouv.fr](http://www.fonction-publique.gouv.fr)

## **Rapports**

TOUPILLIER D. et YAHIEL M., 2011, Rapport « la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé », le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la FPH et le Ministère de l'emploi, du travail et de la santé, p.3.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Rapport « Le pacte de confiance pour l'hôpital », élaboré par COUTY E., 2013, pp. 75.

## **Autres documents**

ARS Ile de France, 2016, « La direction des opérations (DOP) : une fonction innovante en établissement de santé », 28 p, Site internet « [ars.iledefrance.sante.fr](http://ars.iledefrance.sante.fr) », [Visité le 20.05.2019]

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, plaquette de présentation 2016, Site internet « [solidarites-sante.gouv.fr](http://solidarites-sante.gouv.fr) », [Visité le 13.08.2019]

## **Sites internet**

Site [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)

[www.anap.fr](http://www.anap.fr)

<https://www.littre.org>

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Guide d'entretien pour les directeurs d'établissement

Annexe 2 : Guide d'entretien pour les directeurs des soins

Annexe 3 : Guide d'entretien pour les cadres paramédicaux de pôle

Annexe 4 : Guide d'entretien pour les cadres de santé

Annexe 5 : Articles du code de la santé publique

## **Annexe 1 : Guide d'entretien pour les directeurs d'hôpitaux**

On retrouve numéroté et en gras les questions de l'entretien et en dessous les éléments recherchés par l'intervieweur sous forme de sous-questions permettant d'explorer le thème en fonction du déroulé de l'entretien.

### **1. Quel est votre parcours professionnel ?**

Postes occupés

Poste actuel, ancienneté sur le poste actuel

Pouvez-vous préciser le contexte de votre établissement ? (Transformation ou réorganisation ? contexte financier et contraintes...)

### **2. Quel sens a pour vous le terme « performance » dans la PEC des patients ?**

Définition, un ou deux exemples de projets à visée performance des PEC des patients menés dans l'établissement, politique institutionnelle relative à la performance des activités et des services ?

### **3. Quelles sont vos attentes vis-à-vis du directeur des soins dans le pilotage de ce type de projet ?**

Sur le plan des compétences ?

Sur le plan de la politique managériale ?

Sur le plan des collaborations à développer ?

Sur le plan de l'utilisation d'indicateurs de mesure de la performance ?

### **4. Durant votre parcours professionnel, avez-vous identifiés des difficultés rencontrées par les directeurs de soins dans le pilotage ou la participation à des projets performance ?**

Si non, pourquoi à votre avis ? Si oui, de quels types ?

### **5. Quelles sont vos attentes vis-à-vis de l'encadrement soignant sur le plan des compétences, des collaborations à développer au sein de l'établissement ?**

### **6. Avez-vous identifié des difficultés chez l'encadrement soignant dans la mise en œuvre de projets visant la performance des PEC des patients ?**

Si non : pourquoi à votre avis ? Si oui : De quel type ?

**7. Les CS et CSS de votre établissement ont-ils été et/ou sont-ils accompagnés dans la mise en œuvre de ce type de projets ?**

Si non : pourquoi ? En auraient-ils eu besoin ?

Si oui : Pourquoi ? De quel type ? Par qui ?

**8. A votre avis, quels sont les bénéfices de la gestion par processus dans les projets performance pour l'encadrement ?**

**9. Avez-vous d'autres points à évoquer sur le sujet de la performance des prises en charge des patients dans les hôpitaux ?**

## **Annexe 2 : Guide d'entretien pour les directeurs de soins**

### **1. Quel est votre parcours professionnel ?**

Profil et parcours professionnel : âge, nombre d'années par expérience de DS et/ou CGS  
Pouvez-vous préciser dans votre poste actuel le nombre de cadres et de cadres supérieurs de santé ?

### **2. Quelles orientations avez-vous privilégiées pour la formation de votre encadrement ?**

Thèmes ? Pourquoi ?

### **3. Quel sens a pour vous le terme « performance » dans la prise en charge des patients ?**

Définition ?

Politique institutionnelle relative à la performance des activités et des services ?

Un ou deux exemples de projets à visée performance dans la prise en charge des patients, menés dans l'établissement

### **4. Comment la mesurez-vous dans votre fonction de directeur des soins ?**

### **5. Que signifie pour vous la gestion par processus à l'hôpital ?**

### **6. Avez-vous rencontré des difficultés dans ce type de démarche ?**

Si non : Pourquoi à votre avis ? Si oui : De quel type ?

### **7. Avez-vous accompagné ou fait accompagner les CS, les CSS sur ce type de projets ?**

Si non : pourquoi ? En auraient-ils eu besoin ?

Si oui : De quel type ? Par qui ?

### **8. A votre avis, la gestion par processus à l'hôpital modifie-t-elle les relations entre les cadres de l'établissement ?**

Entre les cadres soignants ?

Entre les cadres soignants et les cadres non soignants ?

### **9. Avez-vous d'autres points à évoquer sur le sujet de l'amélioration et la performance des prises en charge des patients ?**

## **Annexe 3 : Guide d'entretien pour les cadres paramédicaux de pôle**

### **1. Quel est votre parcours professionnel ?**

Age ?

Nombre d'années d'expérience de cadre paramédical de pôle, ancienneté sur le poste actuel ?

Formations : diplôme universitaire, formations spécifiques dans le management

### **2. Quel sens a pour vous le terme « performance » dans la prise en charge des patients ?**

### **3. Comment la mesurez-vous ?**

### **4. Qu'évoque pour vous le terme « processus » utilisé à l'hôpital ?**

Définition ? Champ lexical associé au terme processus ?

### **5. Avez-vous déjà travaillé sur des projets qui visent l'amélioration et/ou la performance des prises en charge des patients ?**

### **6. Avez-vous rencontré des difficultés dans la conduite de ce type de projets ?**

Si non : pourquoi à votre avis ?      Si oui : De quel type ?

### **7. Avez-vous été accompagné sur ce type de projets ?**

Si non : pourquoi ? En auriez-vous eu besoin ?      Si oui : De quel type ? Par qui ?

### **8. Avez-vous accompagné les cadres de santé de votre pôle dans la mise en œuvre de ce type de projet ?**

Si non, pourquoi ?      Si oui, De quelle manière ?

### **9. A votre avis, le travail sur ce type de projet modifie-t-il les relations entre les cadres de l'établissement ?**

Si non : pourquoi      Si oui : De quelle manière ?

### **10. Avez-vous d'autres éléments à évoquer sur le sujet de l'amélioration et la performance des prises en charge des patients ?**

## **Annexe 4 : Guide d'entretien pour les cadres de santé**

### **1. Quel est votre parcours professionnel ?**

Profil du professionnel : Age, secteur en charge, nombre d'agents encadrés, nombre d'année d'expérience de cadre

Formations : diplôme universitaire, formation spécifique dans le management

### **2. Quel sens a pour vous le terme « performance » dans la prise en charge des patients ?**

### **3. Comment la mesurez-vous ?**

### **4. Qu'évoque pour vous le terme « processus » utilisé à l'hôpital ?**

### **5. Avez-vous déjà travaillé sur des projets qui visent l'amélioration et la performance des prises en charge des patients ?**

### **6. Avez-vous rencontré des difficultés dans la conduite de ce type de projets ?**

Si non : Pourquoi à votre avis ?      Si oui : De quel type ?

### **7. Avez-vous été accompagné sur ce type de projets ?**

Si non : pourquoi ? En auriez-vous eu besoin ?      Si oui : De quel type ? Par qui ?

### **8. Selon vous, quels sont les bénéfices du travail par processus dans les projets de performance ?**

Pour vous ?

Pour les relations entre les cadres de l'établissement ?

### **9. Avez-vous d'autres éléments à évoquer sur le sujet de l'amélioration et la performance des PEC des patients ?**



## **Annexes 5 : Les articles du Code de la santé publique**

### **Article L6111-1**

« Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles.

Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent.

Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. »

### **Article L6112-1**

« Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

- 1° La permanence des soins ;
- 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 4° La recherche ;
- 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 10° Les actions de santé publique ;

11° La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de [l'article 706-135 du code de procédure pénale](#) ;

12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;

13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de [l'article L. 551-1](#) du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté. »

### **Article L6112-3**

« L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à [l'article L. 6112-1](#), garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions :

1° L'égal accès à des soins de qualité ;

2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;

3° La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de [l'article L. 162-14-1](#) du code de la sécurité sociale.

Les garanties mentionnées aux 1° et 3° du présent article sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions mentionnées au premier alinéa, y compris en cas de réhospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge.

Les obligations qui incombent, en application du présent article, à un établissement de santé ou à l'une des structures mentionnées à [l'article L. 6112-2](#) s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs des missions de service public. »

SCHEIRLINCK

Latifa

Décembre 2019

## **DIRECTEUR DES SOINS**

Promotion 2019

### **Directeur des soins et performance en établissement de santé : Quels leviers pour concilier performance et prise en charge des patients ?**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

#### **Résumé :**

Dans un contexte de politiques publiques introduisant la notion d'évaluation de la performance, l'hôpital fait l'objet de nombreuses restructurations. L'attente de performance inscrit l'hôpital public dans des changements devant intégrer un environnement normatif avec une obligation de moyen dans les prises en charge, et des exigences d'optimisations budgétaires et organisationnelles.

L'enjeu pour le directeur des soins est d'accompagner la conciliation entre deux notions, la recherche de performance et l'amélioration de la prise en charge, potentiellement porteurs d'objectifs pouvant amener à des divergences.

L'appropriation de la notion définie par l'ANAP par les acteurs hospitaliers nécessite un pilotage institutionnel et un accompagnement managérial des cadres dans la conduite du changement.

En renforçant les collaborations transversales, en formalisant l'accompagnement dans un projet managérial avec un management participatif, le directeur des soins engage l'encadrement dans des changements conciliant la qualité de prise en charge, la qualité des conditions de travail et l'efficacité des organisations.

#### **Mots clés :**

Performance, changement, collaboration, management, organisations

*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.*