



EHESP

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion : **2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

**Le Tableau de bord : instrument de
pilotage de la performance pour le
directeur des soins.**

Thierry BUISSON

Remerciements

Je tiens à remercier les directeurs des soins et les cadres supérieurs de santé des deux établissements pour leur implication et leur disponibilité lors des entretiens.

A Nathalie, Romain, Clément et Marion pour leur patience.

Sommaire

Introduction	1
1 La nouvelle gouvernance et la performance de l'hôpital	5
1.1 La nouvelle gouvernance hospitalière: une réforme pour améliorer la performance	5
1.1.1 Le contexte :	5
1.1.2 L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 et l'ordonnance n° 2005-1112 du 1 ^{er} septembre 2005 : textes principaux d'une nouvelle organisation de l'hôpital	5
1.1.3 Les acteurs : l'apparition de nouveaux métiers.....	6
1.1.4 Les outils : l'apparition de nouveaux outils de gestion.....	8
1.2 La performance : un mot vague à la mode.....	9
1.2.1 La performance hospitalière: un concept sous influence.....	9
1.2.2 Les dimensions de la performance retenues :	11
1.2.3 Le pilotage de la performance :	11
1.2.4 Le tableau de bord : un outil d'aide au pilotage	12
1.2.5 Le contenu des tableaux de bord : Les indicateurs	13
2 La recherche sur le terrain	15
2.1 La méthode :.....	15
2.1.1 Les objectifs de notre travail d'enquête :	15
2.1.2 Choix des établissements de santé :	15
2.1.3 L'outil de recueil des données :	15
2.1.4 Les personnes interviewées :	15
2.1.5 Limites et points forts de l'enquête	16
2.2 Les résultats :.....	16
2.2.1 Une réforme dont les aspects réglementaires sont en place :.....	16
2.2.2 Les missions du DS : peu de changements en dehors d'un renfort du rôle stratégique.....	18
2.2.3 Le dispositif d'accompagnement des CSS mis en œuvre par le DS:	21
2.2.4 Définition d'un pôle performant.....	21
2.2.5 Outils utilisés pour ce suivi et mode d'utilisation.....	22
2.2.6 Une transmission structurée des informations entre le DS et les CSS.....	23
2.3 Conclusion de l'étude de terrain :	23

3	Propositions d'actions.....	25
3.1	Les préalables au projet :	25
3.1.1	Une vision partagée des tableaux de bord	25
3.1.2	Une vision partagée de la performance :.....	26
3.2	Une démarche de projet :	26
3.2.1	La conduite de projet.....	26
3.2.2	Le pilotage du projet : le DS chef de projet	27
3.3	Les mesures d'accompagnement :.....	28
3.3.1	Une redéfinition des fonctions	28
3.3.2	Promouvoir la formation des groupes projets.....	29
3.3.3	Le cadre de santé : collaborateur du cadre de pôle	30
3.4	Privilégier des relations de confiance avec le corps médical, les cadres et le trinôme	30
3.4.1	Avec le corps médical :.....	30
3.4.2	Avec les cadres de pôle :	30
3.4.3	Avec les trinômes de pôle :	31
3.5	Le respect d'une méthodologie pour la construction et l'utilisation des tableaux de bord.....	31
	Conclusion.....	35
	Bibliographie.....	37
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANFH: Association Nationale de Formation Hospitalière
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CODIR : Comité de direction
CREER: Collaboration, Ressources, Echanges d'Expériences en Réseau
CSIRMT: Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et MédicoTechniques
CSP: Code de santé Publique
CSS: Cadre Supérieur de Santé
DHOS: Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM: Département d'Information Médicale
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DRH : Direction des Ressources Humaines
DS: Directeur des Soins
EPRD: Etat Prévisionnel des Dépenses et des Recettes
GMSIH: Groupement pour la modernisation du Système d'information Hospitalier
HAS: Haute Autorité de Santé
IGEQSI: Instrument Global d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers
ISO: Organisation Internationale de normalisation
MCO : médecine Chirurgie Obstétrique
SROS: Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A : tarification A l'Activité
V2 : version 2

Introduction

L'hôpital connaît une crise depuis plusieurs années que ce soit au niveau des acteurs, de l'organisation ou de son financement. Les réformes engagées successivement ont tenté de remédier à ces problèmes sans réellement aboutir à un résultat. La dernière réforme engagée, dans le cadre du plan Hôpital 2007, modifie l'approche managériale notamment par l'introduction de la tarification à l'activité et de la nouvelle gouvernance.

La mise en place de la T2A permet de financer les hôpitaux en fonction de l'activité réalisée dans le cadre d'une enveloppe limitative. Elle entraîne donc une concurrence accrue entre les établissements, ce qui les oblige progressivement à s'engager dans une démarche de recherche de la performance. Cette réforme entraîne une préoccupation forte des acteurs pour l'activité. Elle va nécessiter un recentrage sur les cœurs de métier et sur la valorisation des organisations et des bonnes pratiques. Pour cela, les établissements doivent progressivement développer un pilotage interne qui leur permettra d'assurer les recettes en identifiant les dysfonctionnements et en mettant en place des actions correctives.

La nouvelle gouvernance avec la mise en place des pôles change l'organisation interne des établissements notamment avec l'instauration de la contractualisation et de la délégation. Cette contractualisation va se traduire par la définition d'objectifs qui permettront la déclinaison de la stratégie de l'établissement au niveau opérationnel. Cette définition d'objectifs va contribuer au développement de la performance de l'établissement. Cette réforme vise à responsabiliser les acteurs et à renforcer leur participation aux résultats.

L'introduction de la tarification à l'activité et de la nouvelle gouvernance renforcent donc les besoins des responsables de connaître l'activité de l'établissement, de se fixer des objectifs et de contrôler l'atteinte de ceux-ci. La démarche de pilotage interne va consister à mettre en place des outils permettant d'avoir de l'information fiable, dans un délai court, tant sur l'activité que sur le degré d'atteinte des objectifs.

Bien que l'activité et par conséquent les finances soient vécues comme une priorité pour les établissements, la démarche d'amélioration de la qualité ne doit pas être sous-estimée comme le précise l'extrait d'un article : « Par le plan Hôpital 2007, la DHOS et la MEAH incitent les établissements hospitaliers publics et privés à analyser leurs pratiques et à mesurer leurs performances pour faire émerger une meilleure organisation des activités hospitalières, combinant qualité du service rendu au patient et efficience

*économique*¹ ». La dernière version du manuel de certification orientée vers les indicateurs et l'obligation pour les établissements de santé de suivre les indicateurs IPAQH confirment la volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient.

Parmi ces outils à développer, le tableau de bord occupe une place primordiale car il permet aux différents responsables de recueillir des informations pour se situer par rapport aux objectifs fixés et apporter des modifications en cas de dérive.

Parmi les responsables, le directeur des soins chargé d'assurer les missions définies par le décret n° 2002-550², sera un acteur qui aura besoin d'informations en rapport avec l'activité, la qualité, les ressources humaines et l'organisation pour garantir une prise en charge optimale du patient tout en maîtrisant les coûts. Sa participation au conseil exécutif lui donne également un rôle stratégique important dans lequel il devra évaluer l'atteinte des objectifs de l'établissement. La mise en place des pôles change l'organisation interne des établissements puisque chaque pôle est administré par un médecin, un cadre ou un cadre supérieur de santé et un cadre administratif. Cette modification va conduire le directeur des soins à accompagner le cadre de pôle dans ses nouvelles missions. Pour cela, il devra être destinataire d'informations de suivi et de contrôle de la performance des pôles.

Ces différents constats nous ont conduits à envisager la question suivante :

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, en quoi la mise en place d'indicateurs est elle nécessaire au directeur des soins pour suivre la performance des pôles ?

A partir de cette question de départ, trois hypothèses sont formulées :

Les nouvelles missions du cadre de pôle ont une répercussion sur les missions du directeur des soins.

Les outils à disposition du directeur des soins pour suivre la performance des pôles sont insuffisants.

¹ BESBOMBES B., MARCON E., ALBERT F., MERCHIER L., BERNAUD M., avril 2007, « Evaluation de la performance, élaboration d'un tableau de bord d'aide au pilotage du plateau médicotechnique », *Gestions hospitalières*, p.261

² Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

La gestion en pôles, associée à la mise en place des contrats de pôle, implique une information descendante et ascendante entre le directeur des soins et le cadre de pôle.

Dans une première partie, nous présenterons le contexte et le cadre réglementaire de la nouvelle gouvernance ainsi que les modifications intervenues au niveau des acteurs et des outils de gestion. Puis nous appréhenderons la performance, enjeu principal de la réforme et son pilotage.

Dans une deuxième partie, l'enquête de terrain tentera d'éclairer les hypothèses de la recherche notamment sur les changements intervenus dans les missions du directeur de soins et du cadre de pôle dans la nouvelle gouvernance, les modalités de leur collaboration et les outils utilisés pour le suivi de la performance des pôles.

Enfin la troisième partie permettra, à partir des conclusions de l'étude de terrain et des différentes recherches, de présenter les axes d'une réflexion professionnelle visant à proposer des actions concrètes dans la perspective d'une prise de fonction.

1 La nouvelle gouvernance et la performance de l'hôpital

1.1 La nouvelle gouvernance hospitalière: une réforme pour améliorer la performance

1.1.1 Le contexte :

Malgré un certain nombre d'atouts comme le professionnalisme des acteurs, l'excellence de certaines disciplines ou la confiance de la population dans son système de santé, l'hôpital connaît de véritables difficultés aussi bien au niveau financier que sur le plan de la motivation de ses acteurs. Le cloisonnement, l'organisation déficiente des structures et un manque de communication risquent de mettre en péril l'hôpital. Afin de remédier à ces problèmes, la réforme Hôpital 2007 a pour objectif de moderniser le système de santé. Pour cela, elle s'appuie sur un dispositif législatif depuis la loi hospitalière de 1991 et les ordonnances de 1996 jusqu'à l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. La volonté de moderniser l'hôpital vise à le rendre plus performant en améliorant le parcours de soins du patient dans une enveloppe financière contrainte.

La réforme Hôpital 2007 va donc se traduire par 4 grandes missions : ³

- garantir l'accès à l'information et aux soins pour tous,
- améliorer la qualité et la sécurité des soins,
- accroître l'efficacité de la prise en charge des patients,
- assurer un meilleur usage des ressources de l'hôpital.

Ces 4 grandes missions vont se décliner à travers 4 axes : le SROS, la certification V2, la nouvelle gouvernance et la T2A.

1.1.2 L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 et l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005: textes principaux d'une nouvelle organisation de l'hôpital

Ces deux ordonnances prévoient plusieurs dispositions dont l'une nous intéressera plus particulièrement puisqu'il s'agit de la réforme de l'organisation et du fonctionnement des établissements publics de santé. Cette réforme prévoit en particulier dans son article L.6146-1 du CSP que les établissements publics de santé définissent, depuis le 31 décembre 2006, leur organisation interne dans le cadre de pôles organisant l'ensemble des activités cliniques, médico-techniques, administratives et logistiques.

³CARSIN M., août 2007, « plan hôpital 2007, une réforme ambitieuse mais complexe », *Soins cadres de santé* n°63, p.22

L'organisation en pôles obéit à une logique de simplification et déconcentration de la gestion⁴.

Pour cela, les établissements doivent respecter 4 étapes distinctes⁵ :

- fixer le cadre organisationnel des pôles en définissant notamment le découpage des pôles, le règlement intérieur, les modalités relatives aux mandats des responsables et la politique de contractualisation,
- nommer les responsables de pôle,
- élaborer les projets de pôle,
- signer les contrats internes et définir les délégations de gestion.

Cette réorganisation s'accompagne de changements dans l'organisation administrative notamment au niveau du conseil d'administration avec un renforcement de son rôle et de ses responsabilités. La création d'un conseil exécutif est également un événement marquant dans une nouvelle distribution des pouvoirs puisque dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, le directeur est assisté par un conseil exécutif qu'il préside et dont l'objet essentiel est d'associer les praticiens à la gestion de l'établissement⁶.

1.1.3 Les acteurs : l'apparition de nouveaux métiers

Les acteurs du pôle sont de trois ordres: l'encadrement avec le responsable de pôle, le cadre de santé et le cadre administratif, les responsables médicaux et l'ensemble du personnel représenté au sein du conseil de pôle.

Le responsable de pôle : Le responsable de pôle est un médecin. Il est nommé par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de CME (pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique) pour une durée de 3 à 5 ans. Il assure les mêmes fonctions que celles du chef de service à l'échelle d'un pôle⁷ dans le domaine de l'organisation et du fonctionnement du pôle et sur la conclusion et l'exécution du contrat de pôle. L'ordonnance du 2 mai 2005 précise que : « *outre ses attributions, le responsable de pôle exerce une autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes et l'encadrement du pôle* ». Cela se traduit par trois types de pouvoir :⁸ donner des instructions au personnel sur lequel il s'exerce, annuler des décisions prises par les collaborateurs, réformer leurs décisions.

⁴ DUPUY O., 2007, *la nouvelle gouvernance hospitalière, l'organisation en pôles d'activité*, p.46

⁵ PELJAK D., COUTY E., 2007, *la gestion de pôle à l'hôpital*, p.15

⁶ DHOS, Présentation de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière, janvier 2007, p. 29

⁷ DUPUY O., 2007, *la nouvelle gouvernance hospitalière, l'organisation en pôles d'activité*, p.32

⁸ PELJAK D., COUTY E., 2007, *la gestion de pôle à l'hôpital*, p.28

Le cadre de pôle : il est chargé d'assister le responsable de pôle pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de ses compétences⁹. Les missions du cadre de pôle peuvent être différentes d'un établissement à l'autre même si celles-ci peuvent être regroupées sous quatre domaines : la gestion des ressources humaines, la gestion des ressources économiques, techniques et informatiques, la gestion des ressources financières et enfin la gestion de la qualité et des risques. Cette définition relativement large a amené les établissements de santé à préciser ce que représente chacun des domaines et à l'enrichir par la définition de la collaboration avec le directeur des soins¹⁰.

Le cadre administratif : la présence d'un cadre administratif de pôle répond à l'objectif d'aider le responsable de pôle dans la gestion administrative. Sa présence trouve une véritable signification dans la présence d'une délégation de gestion. Ce nouveau métier illustre le rapprochement médico administratif.

Le conseil de pôle, une nouvelle instance légitimée : La réglementation prévoit la mise en place d'un conseil de pôle au plus tard 6 mois après la parution du décret du 25 décembre 2005¹¹. Ses fonctions sont définies par voie réglementaire : « *le conseil de pôle d'activité [...] a notamment pour objet :*

- *de participer à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle, dans le respect de la déontologie médicale, s'agissant des pôles cliniques et médico-techniques*
- *de permettre l'expression des personnels, de favoriser les échanges d'informations et de faire toutes propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle et de ses structures internes, notamment quant à la permanence des soins et à l'établissement des tableaux de service »¹².*

Globalement, la réforme prévoit une plus large consultation obligatoire des instances.

Le directeur des soins :

Le décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière précise dans son article 4 les missions et les activités du DS¹³: « *Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, est nommé par le chef*

⁹ Article L6146 du CSP

¹⁰ Fiches type des fonctions de cadre paramédical de pôle à l'APHP

¹¹ Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôle d'activité et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le Code de la santé publique.

¹² Article R 6146-10 du CSP

¹³ Lire partout Directeur des Soins

d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé ». Bien que ce texte précise la participation du DS à l'équipe de direction, il n'est pas membre de droit au conseil exécutif. Néanmoins, le guide de présentation de la nouvelle gouvernance de la DHOS dans sa version de janvier 2007 apporte une orientation « *L'article L.1143-6-1 ne comporte aucune précision sur ce point ne doit pas dissimuler tout l'intérêt qui s'attache à ce que le directeur des soins soit chargé de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques siège au conseil exécutif ».*

Les réformes engagées nécessitent donc une redéfinition de la place et du rôle du DS « *la fonction hiérarchique, moins pertinente dans une structuration polaire où le centre de décision se déplace, doit sans doute évoluer vers une fonction à la fois stratégique et de conseil et de support aux pôles*¹⁴ »

1.1.4 Les outils : l'apparition de nouveaux outils de gestion

Le projet de pôle : le projet de pôle est élaboré par le responsable de pôle en collaboration avec le conseil de pôle. Celui-ci « *prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins* »¹⁵. Ce projet doit être en cohérence avec le projet d'établissement et donc avec le projet de soin pour aboutir à un projet stratégique fondé sur une définition qualitative et quantitative des objectifs.

Le contrat de pôle : Depuis l'ordonnance du 24 avril 1996¹⁶, les établissements de santé avaient la possibilité d'établir des contrats internes par la création de centres de responsabilité. La réforme a transformé cette possibilité en obligation « *les établissements publics de santé mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité* ». Elaboré avec la participation du conseil de pôle, le contrat de pôle est négocié puis cosigné par le directeur et le président de CME pour une durée de 5 ans. Ce contrat, en lien avec le projet de pôle, contient les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles, les modalités de leur intéressement aux résultats, de leur gestion ainsi que les conséquences en cas de

¹⁴ COUDRAY MA., BARTHES R., janvier 2006, « Le management à la croisée des chemins », *gestion hospitalière*, p.18

¹⁵ Article L 6146-6 du Code de la santé publique

¹⁶ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

non exécution du contrat. L'article L 6145-16 du CSP prévoit une évaluation annuelle de l'exécution du contrat.

La délégation de gestion: l'article L 6145-16 du Code de Santé Publique précise que la délégation de gestion peut faire l'objet d'une décision du directeur. Cette délégation répond au principe de « subsidiarité »¹⁷. Un exemple des matières déléguées et non déléguées figure en annexe 1.

1.2 La performance : un mot vague à la mode

La performance est un mot qui provient du verbe « parformer » qui en ancien français signifiait « accomplir », « exécuter »¹⁸. Aujourd'hui, le dictionnaire¹⁹ donne plusieurs définitions : « résultat obtenu par un sportif lors d'une compétition », « exploit, prouesse remarquable », « résultat optimal que peut obtenir un matériel ». Cette définition vague qui dépend du contexte, de l'utilisateur et du ton employé prête à confusion puisque chacun l'entend à sa manière. L'utilisation large du terme performance dans tous les secteurs de la vie économique et sociale, en fait également un mot très à la mode.

1.2.1 La performance hospitalière: un concept sous influence

Le secteur hospitalier s'est saisi de ce terme pour introduire une dynamique d'amélioration de l'organisation hospitalière notamment au niveau des pratiques médicales, des processus de prise en charge, des systèmes d'informations, de la satisfaction des parties prenantes et des coûts. Néanmoins, la définition de la performance reste un concept flou et généralement unidimensionnel²⁰. Aujourd'hui, les établissements qui visent la performance sont amenés à conduire une réflexion sur son contenu afin de définir une vision partagée de la performance.

La littérature spécialisée en science de gestion et en gestion hospitalière propose plusieurs référentiels^{21 22}:

- le modèle des objectifs rationnels : l'établissement est performant lorsqu'il atteint ses objectifs. la performance est définie par sa capacité à améliorer son efficience (produire plus au moindre coût).

¹⁷ Principe énoncé dans la circulaire DH/AF/AF 3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne des établissements publics de santé

¹⁸ LETEURTRE H., MALLEA P., 2005, *performance et gouvernance hospitalière*, p.11

¹⁹ Dictionnaire LAROUSSE

²⁰ TEIL A., 2002, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs*, Thèse : doctorat es sciences de gestion, p.190

²¹ TEIL A., 2002, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs*, Thèse : doctorat es sciences de gestion, p.190

²² LETEURTRE H, MALLEA P, 2005, *Performance et gouvernance hospitalière*, p.229

- Le modèle des ressources : l'établissement est performant s'il parvient à augmenter ses ressources. La performance est alors analysée comme la capacité à obtenir les ressources requises (finances, personnels, équipements, structures) pour survivre et s'adapter aux évolutions du marché et aux mutations environnementales.
- Le modèle des relations humaines : l'établissement est performant s'il est capable de satisfaire les acteurs du système. La performance est définie en termes de « santé interne » avec des dimensions comme les valeurs morales, le climat, la cohésion, les conflits et le développement humain.
- Le modèle des processus internes : l'établissement est performant si ses processus de production respectent des normes établies. La performance sera fonction de son niveau de formalisation de ses processus de production.

Conjointement à ces modèles de performance unidimensionnels, plusieurs modèles multidimensionnels existent avec notamment A. Donabédian qui présente la performance comme une combinaison de résultats, des processus et de la structure et R. Sainsaulieu pour qui la performance compte quatre dimensions : la performance économique, la performance commerciale, la performance productive et la performance sociale.

En étudiant plus précisément ces différents modèles, A. TEIL²³ a ainsi démontré que selon les dimensions retenues, les référentiels de performance et les indicateurs d'évaluation sont différents. La notion de performance est donc relative et indissociable des objectifs associés. L'analyse des différents modèles démontre bien que la performance reste multidimensionnelle et qu'elle ne se résume pas à la performance économique. Il n'existe pas de modèle qui englobe tous les champs du rôle des établissements de santé.

L'établissement devra donc choisir les dimensions sur lesquelles il souhaite orienter ses actions²⁴. Le projet d'établissement et les projets de pôles auront donc un rôle essentiel dans la communication de la stratégie notamment au niveau opérationnel où elle sera déclinée spécifiquement dans les projets de pôle.

²³ TEIL A., 2002, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs*, Thèse : doctorat es sciences de gestion, p.228

²⁴ TEIL A., 2002, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs*, Thèse : doctorat es sciences de gestion, p.236

1.2.2 Les dimensions de la performance retenues :

Le GMSIH²⁵, dans ces travaux sur le système d'information décisionnel, propose une définition de la performance que nous retiendrons. La performance d'une organisation se caractérise par sa capacité à atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés dans le cadre de sa stratégie. La déclinaison des objectifs de performance de l'établissement passe par l'analyse des processus clés pour aller jusqu' au niveau des activités de chacun des services ou pôles. Pour un établissement de santé, la performance est d'assurer ses missions dans un environnement en forte évolution fortement touché par les réformes hospitalières et qui nécessite d'adapter les modes de gestion internes. « Trois visions de la performance cohabitent de façon courante dans le monde hospitalier :

- une vision externe centrée sur les indicateurs de santé publique et sur des analyses économiques du type coût –efficacité ;
- une vision interne fortement dominée par la vision médicale
- une vision économique, basée sur les coûts, partagée à la fois par les directions et les tutelles »²⁶.

Nous retiendrons ainsi une vision multidimensionnelle de la performance prenant en compte 4 axes : efficacité économique (données financières), satisfaction client (patient et partenaires), qualité des soins et efficacité opérationnelle (activité, qualité..), ressources et organisation (ressources humaines, système d'information..).

1.2.3 Le pilotage de la performance :

Nous avons vu que la performance d'un établissement de santé était définie par son aptitude à atteindre les objectifs qu'il se donne dans le cadre de sa stratégie. Le pilotage va donc consister à piloter la trajectoire et les actions que l'établissement a retenues pour atteindre ses objectifs.

Le pilotage de la performance répond à 3 enjeux ²⁷:

- Développer un pilotage interne : l'objectif est de promouvoir une logique proactive dans laquelle l'établissement ne compte que sur ses ressources et met en œuvre une adaptation permanente pour résoudre les problèmes qui se posent à lui.
- Mettre en place une démarche et des outils de pilotage : l'objectif est d'obtenir une vision partagée de la performance par l'ensemble des acteurs.

²⁵ GMSIH : Groupement pour la Modernisation du système d'Information Hospitalier

²⁶ CLAVERANNE J.P., PASCAL C., 2004, *Repenser les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*, p.18

²⁷ GMSIH : kit de base des tableaux de bord pour les établissements de santé, mai 2006

- Mettre en œuvre des outils de pilotage : l'objectif est de permettre aux différents acteurs de disposer d'informations fiables, dans un délai raisonnable, pour se comparer, analyser les écarts et décider des actions à entreprendre.

Le pilotage de la performance va donc consister à piloter la stratégie définie par l'établissement déclinée en objectifs stratégiques et en actions stratégiques. Cette déclinaison doit se faire à tous les niveaux de l'organisation. La mise en place de tableaux de bord va donc permettre de déployer la stratégie.

1.2.4 Le tableau de bord : un outil d'aide au pilotage

La littérature offre de nombreuses définitions qui varient en fonction de l'utilisation qui en est faite. Nous retiendrons les définitions suivantes :

- « *Le tableau de bord est un ensemble d'indicateurs et d'informations essentiels permettant d'avoir une vue d'ensemble, de déceler des perturbations et de prendre des décisions d'orientation de la gestion pour atteindre les objectifs issus de la stratégie* »²⁸.
- « *Le tableau de bord est un outil de gestion, fournissant des informations sélectives pour répondre à un besoin de connaissance préalable à la prise de décision* »²⁹.

Le tableau de bord est donc avant tout un outil au service du management de l'établissement de santé. Il sert à éclairer et à accompagner les prises de décision des différents responsables leur permettant, chacun à leur niveau de responsabilité, d'agir.

Ces définitions nous démontrent qu'il est nécessaire d'avoir une connaissance de la stratégie de l'établissement et que le tableau de bord apporte des informations utiles pour prendre des décisions et mesurer l'atteinte des objectifs fixés. Il conviendra donc de choisir les indicateurs sur lesquels le responsable a un pouvoir de décision.

Patrick Iribarne³⁰, distingue deux types de tableaux de bord :

- Les tableaux de bord classiques : ces tableaux de bord sont essentiellement représentés par les tableaux de « reporting » financiers.
- Les tableaux de bord stratégiques : surtout destinés à la direction, ils permettent de suivre la réalisation des objectifs stratégiques (issus des grandes orientations :

²⁸ GUEDJ.N : *Le contrôle de gestion pour améliorer la performance de l'entreprise*, Editions d'organisation, 710 p., cité dans « le Tableau de Bord en soins de suite et de réadaptation » analyse du laboratoire GRAPHOS p.2 -

²⁹ GRAPHOS, FEHAP, « le tableau de bord de la performance en soins de suite et de réadaptation », p.18

³⁰ IRIBARNE P., 2003, *Les tableaux de bord de la performance*, p. 4

qualité, offre de soins, équilibre financier, adéquation des ressources, des moyens et de l'activité). Parmi ces tableaux stratégiques, on retrouve le tableau de bord prospectif (Balanced Scorecard ou tableau de bord équilibré) créé par Robert Kaplan et David Norton en 1992.

Parmi les tableaux de bord, nous ajouterons également les tableaux de bord opérationnels en lien avec le niveau de décision qui relève de l'unité organisationnelle (service ou pôle). Enfin, nous retiendrons la notion de tableau de bord d'activité qui permet de suivre l'évolution de l'activité de l'établissement notamment des points jugés non stratégiques à un moment donné.

1.2.5 Le contenu des tableaux de bord : Les indicateurs

Un indicateur de performance est une information devant aider un acteur, individuel ou plus généralement collectif, à conduire le cours d'une action vers l'atteinte d'un objectif ou devant lui permettre d'en évaluer le résultat³¹.

- L 'HAS³² définit l'indicateur comme « *une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif* ».
- La norme ISO 9402 définit un indicateur comme « *une information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis* »

De ces définitions, nous retiendrons l'idée que l'indicateur est construit par l'acteur, mais également que deux types d'indicateurs peuvent être distingués en fonction de son positionnement par rapport à l'action :

- Les indicateurs de résultats : associés à un objectif poursuivi, ils mesurent la performance mais ne permettent pas d'identifier les actions correctrices.
- Les indicateurs d'actions : ils identifient différents leviers qui contribuent à produire le résultat escompté.

Les indicateurs vont donc répondre à une vision multidimensionnelle et être classés selon les 4 axes décrits dans le modèle de la performance retenu.

³¹ LORINO P., 2003, *Méthodes et pratiques de la performance*, p.130

³² ANAES, mai 2002, *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé*, p.10

2 La recherche sur le terrain

2.1 La méthode :

2.1.1 Les objectifs de notre travail d'enquête :

L'objectif principal de notre étude a été d'identifier :

- Les outils utilisés par le directeur des soins dans le suivi de la performance des pôles
- Les changements intervenus dans les missions du directeur des soins avec l'introduction de la nouvelle gouvernance
- Le domaine de collaboration DS/ cadre de pôle dans le fonctionnement par pôles.

2.1.2 Choix des établissements de santé :

- Un premier établissement (n°1) de 900 lits qui débute dans la mise en place des contrats et des projets de pôle. Cet établissement dispose d'un contrôleur de gestion et il présente une situation financière en équilibre.
- Un deuxième établissement (n°2) de 1160 lits qui est impliqué depuis plus longtemps dans la nouvelle gouvernance puisqu'il est établissement expérimentateur depuis 2005. Cet établissement est en difficultés financières.

2.1.3 L'outil de recueil des données :

Pour réaliser le recueil de données, nous avons privilégié l'entretien semi directif d'une durée de 45 minutes. Un guide d'entretien a été réalisé (cf. annexe n°2). Au cours des entretiens, nous avons sollicité les personnes pour obtenir des documents tels que le contrat de pôle, le projet de pôle et les outils utilisés.

2.1.4 Les personnes interviewées :

- Etablissement n°1 : un coordonnateur général des soins, 3 cadres supérieurs de santé, un contrôleur de gestion, un médecin DIM
- Etablissement n°2 : un coordonnateur général des soins, 2 cadres supérieurs de santé.

Chaque établissement ne comptait qu'un seul directeur des soins.

2.1.5 Limites et points forts de l'enquête

La qualité du contenu des entretiens a été un point fort avec un intérêt pour le thème manifesté par les personnes interviewées. La stratégie de l'établissement aurait mérité d'être davantage explorée même si les projets de pôle ont été étudiés.

2.2 Les résultats :

2.2.1 Une réforme dont les aspects réglementaires sont en place :

Les acteurs et le découpage du pôle :

Les deux établissements présentent des caractéristiques différentes dans la mesure où l'un d'entre eux a été établissement expérimentateur de la nouvelle gouvernance. Les pôles ont été mis en place respectivement en juin 2006 et en mai 2007. Le nombre de pôles de chaque établissement est sensiblement identique (9 et 10 pôles). Pour l'un des établissements, le découpage a été effectué à la suite de l'élaboration du projet médical. Chaque pôle est piloté par un triumvirat composé d'un médecin, d'un cadre de santé ou d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif. Le coordonnateur des soins est consulté systématiquement sur le choix du cadre paramédical avant décision du directeur général. Dans la plupart des cas, le cadre paramédical était CSS³³ chargé d'un secteur avant la mise en place de la nouvelle gouvernance. Pour les cadres administratifs, le profil est plus hétérogène puisqu'il est occupé par un adjoint des cadres ou un attaché d'administration hospitalière ou un ingénieur relevant de différents secteurs (travaux, informatique, finance, ressources humaines, admissions...). Le fonctionnement du triumvirat ne repose pas sur des fiches de poste formalisées bien que celles-ci soient sollicitées par les cadres paramédicaux. Le fonctionnement actuel est illustré par les propos d'un CSS et d'un DS « *La répartition des tâches dans le trinôme varie en fonction des compétences des uns et des autres* », « *nous n'avons pas de missions écrites, nous fonctionnons par accord de principe et par définition naturelle en fonction des filières de chacun* ». Chaque pôle comporte un bureau de pôle mais certains pôles ont constitué d'autres entités comme le comité des sages femmes, une assemblée générale ou le comité médical. Le fonctionnement du trinôme est plus formalisé dans l'établissement qui a expérimenté la nouvelle gouvernance avec des rencontres hebdomadaires dans un lieu défini.

³³ Lire partout Cadre Supérieur de Santé

Analyse : Le découpage des pôles correspond à une logique de trajectoire patient et s'inscrit bien dans le cadre de la réforme d'améliorer la prise en charge du patient. Cette stratégie est traduite dans le projet médical et donc dans le projet d'établissement ce qui clarifie les orientations de l'établissement. La nomination des CSS dans les postes de cadres de pôle permet d'utiliser leur expérience acquise lors de la gestion des secteurs. La mise en place de nombreuses structures à l'intérieur du pôle correspond à une volonté de communication élargie. Malgré l'existence de nombreuses fiches descriptives du cadre de pôle dans la littérature, on constate un frein à la formalisation de celles-ci.

Projet de pôle et contrat :

Pour les deux établissements, on retrouve sensiblement la même méthodologie dans l'élaboration du contrat de pôle. Les contrats type ont été proposés par la direction comportant : un préambule sur la politique générale de l'établissement, des principes généraux, la description du pôle et de son fonctionnement, les objets de la délégation, les modalités d'intéressement et les conséquences en cas d'inexécution du contrat, le dispositif de régulation.

L'un des contrats est plus précis dans les engagements du pôle puisqu'il précise que le pôle doit obligatoirement décliner ses objectifs en objectifs d'activité, en objectifs qualité et en objectifs médico-économiques.

Chaque contrat comporte des annexes décrivant les objectifs à atteindre par le pôle et les indicateurs permettant la mesure du résultat. Pour l'un des établissements, l'annexe est intitulée projet de pôle.

Dans les deux établissements, un règlement intérieur a été élaboré soit par le conseil exécutif provisoire, soit par chacun des trinômes à partir un modèle type.

Analyse : La différence entre les deux établissements s'explique par le travail réalisé en amont dans l'élaboration du projet d'établissement qui donne une vision claire aux trinômes. Cette vision claire est favorisée par une réflexion sur les points forts et les points faibles de l'établissement qui a été menée au préalable et qui a permis ainsi de fixer des objectifs cohérents avec le projet d'établissement et le SROS. L'établissement qui n'avait pas mené cette réflexion au préalable a proposé un accompagnement aux trinômes par l'intermédiaire d'une formation à la méthodologie de projet pour les aider à élaborer les projets de pôle. Ceux-ci serviront d'ossature pour la rédaction du projet d'établissement. Les deux établissements ont une démarche d'expérimentation comme le précise l'un des DS « *on travaille encore sur les contrats, on avance à petits pas* », « *on va élaborer le contrat de pôle de deuxième génération en se servant du bilan du premier contrat qui était dans un style d'apprentissage* »,

Délégation

Dans les deux établissements, la délégation est formalisée.

Pour l'établissement n°1, la délégation concerne : la gestion du personnel avec la mutualisation, la participation au recrutement, l'évaluation du personnel, l'encadrement des étudiants, le suivi des agents sur postes aménagés, l'organisation du temps de travail, la mise en œuvre du projet de soins, l'élaboration du rapport d'activité et la participation aux changements d'organisation des services de soins.

Pour l'établissement n°2, la délégation concerne les champs suivants : les mensualités de remplacement du personnel non médical, l'organisation de l'activité médicale avec la planification des congés annuels et les absences du personnel médical, la mise en œuvre de la politique qualité et gestion des risques, l'amélioration du codage et la gestion des petits équipements médicaux.

Dans les deux établissements, les acteurs expriment des réserves par rapport à la délégation comme le soulignent les CSS : « *je ne sais pas si l'on peut parler de délégation* », « *il n'y a rien de nouveau en terme de délégation, je pensais qu'on allait avoir une enveloppe notamment pour les remplacements, moi la seule chose, c'est avoir une petite autonomie pour les remplacements* » ou le directeur des soins « *on n'a pas beaucoup délégué* »

Analyse : La délégation reste prudente dans les deux établissements alors que les responsables de pôle souhaitent davantage de délégation. La crainte du déficit budgétaire et la présence d'un plan de retour à l'équilibre sont ils des freins à la délégation ?

2.2.2 Les missions du DS : peu de changements en dehors d'un renfort du rôle stratégique

Avant d'explorer les missions du DS, il nous a paru opportun de rechercher si les CSS avaient observé un changement dans leurs missions depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance. La perception est assez différente selon l'établissement mais très homogène pour les acteurs d'un même établissement.

Pour l'établissement n°1, les changements intervenus sont plus limités : le fonctionnement précédent pour lequel le CSS était responsable d'un secteur reste très présent « *la frontière entre cadre supérieur de santé chargé d'un secteur et cadre de pôle n'est pas facile à faire, d'ailleurs on n'a toujours pas défini notre fiche de poste et c'est pas par hasard, c'est qu'on a un peu de mal à trouver les limites* », « *entre la fonction de cadre supérieur de santé et cadre de pôle, je ne vois pas la différence* ». Le développement des liens entre les services, le fonctionnement avec un seul interlocuteur médical et la

mutualisation du personnel sont retrouvés mais l'élément le plus marquant est l'importance donnée à l'aspect financier avec la T2A « *la nouvelle gouvernance nous a très très sensibilisés à la prise en charge financière, pour qu'on existe, il faut qu'on ait une valorisation T2A importante. J'ai été une des premières à leur parler d'activité, de valorisation T2A* ». Globalement les CSS affirment que leurs missions n'ont pas beaucoup changé.

Pour l'établissement n°2, les CSS affirment avoir connu des changements : une responsabilité accrue tout en relativisant « *c'est plus intense parce qu'il y a toute cette notion de tableaux de bord, de suivi que nous n'avions pas avant* », « *on nous donne un certain nombre de responsabilités mais quelque part on ne les a pas complètement* », une hiérarchie modifiée « *avant en tant que cadre supérieur de santé, notre seule personne référente c'était le directeur des soins alors qu'aujourd'hui on a un responsable de pôle, ça change un peu la donne à mon avis* ». Le travail en pluridisciplinarité avec le trinôme et le conseil de pôle et la mutualisation des moyens sont également des points marquants pour les CSS.

Analyse : A partir de ces deux situations différentes, on peut percevoir que les cadres supérieurs de santé appartenant à l'établissement expérimentateur ont appréhendé davantage les changements attendus dans la nouvelle gouvernance. On peut formuler deux hypothèses : la perception des changements nécessite du temps ; l'expérimentation a un impact sur la sensibilisation des acteurs à leurs nouvelles missions.

Afin d'obtenir un éclairage plus large sur la modification des missions du DS, nous avons recueilli le point de vue des CSS et des DS :

Le point de vue des DS :

Les propos du DS de l'établissement n°1 sont sans équivoque « *mes missions ne sont pas changées pour le moment on n'a pas délégué grand-chose, ça reste assez centralisé au niveau de la direction des soins en terme de ressources humaines* ». Néanmoins, on note un changement important dans la participation au conseil exécutif « *c'est une instance qui n'existait pas précédemment, au niveau stratégique j'ai plus d'impact au niveau des décisions médico-administratives* ». Le DS précise qu'il occupe une « *position transversale de vue globale et qu'il veille à ce que ce soit homogène entre les différents pôles* » et qu'il travaille avec les responsables des pôles pour les nouvelles organisations ou les restructurations. Il a fait le constat, partagé avec d'autres DS, que le corps médical était resté très proche de la direction des soins. Bien que l'on constate le peu de changements, quelques éléments font penser que la situation peut changer à travers les propos de ce DS « *le directeur général nous a positionné en tant que direction*

fonctionnelle comme prestataire de service par rapport aux pôles », « c'est vrai qu'il y a une fuite de la connaissance qu'on peut avoir des projets dans les pôles ».

Les propos du DS de l'établissement n°2 sont plus nuancés même s'il constate que peu de choses ont changé dans ses missions. Nous retrouvons un rôle stratégique plus important qui se traduit par la rédaction du projet d'établissement en collaboration avec le directeur stratégique et le président de CME. Actuellement, le DS s'interroge sur un nouveau fonctionnement *« je m'interroge sur les affectations que je fais par service, est ce que demain je ne vais pas les faire par pôle ? », « je vais leur laisser la responsabilité parce que dans le cadre du plan de retour à l'équilibre, il faut que je travaille sur le cadre fonctionnel, en fait je vais dicter les principes ».* Il insiste sur le caractère transversal de sa mission se traduisant par une fonction conseil, de liaison entre les pôles, d'harmonisation et de modélisation des outils.

Le point de vue des CSS :

La majorité des CSS affirme que les missions du DS n'ont pas changé en dehors d'un renforcement du rôle stratégique *« le DS est beaucoup plus poche de la direction notamment dans la mise en place des grands projets de l'établissement ».* Un des CSS réaffirme que les missions du DS n'ont pas changé en raison de l'absence de réelle délégation donnée aux pôles. Les CSS décrivent le rôle du DS comme *« un arbitre »* entre les pôles, un *« coordonnateur des pôles »* qui est là pour *« soutenir, écouter et partager le travail avec les cadres », « donner du sens particulièrement dans les contextes difficiles comme le plan de retour à l'équilibre ».* Un des CSS note toutefois que le rôle du DS a changé *« le DS avait une vue tout à fait globale de tout alors que maintenant c'est par pôle et il y a d'autres intermédiaires », « si le DS veut être un acteur, il faut aussi aller vers les cadres et vers les médecins et rester en relation avec tout cela ».*

Analyse : La nouvelle gouvernance a renforcé le DS dans un rôle stratégique de par sa participation au conseil exécutif. Parallèlement, le rôle des cadres de pôle pourrait également changer dans le cadre du trinôme avec une réelle délégation et une évolution vers davantage d'autonomie. L'évolution souhaitée par ceux-ci fait apparaître le rôle pédagogique majeur du directeur des soins sous la forme de conseils, de soutien et de lien entre les cadres³⁴ .

³⁴ CADET D., août 2007, « impact des nouvelles organisations sur les pratiques soignantes et médicales », *Soins cadres de santé*, p.49

2.2.3 Le dispositif d'accompagnement des CSS mis en œuvre par le DS:

Plusieurs dispositifs ont été mis en place pour accompagner les cadres supérieurs de santé : la formation individuelle et collective (trinôme), un accompagnement personnalisé des CSS par le directeur des soins pour les relations avec le corps médical « *car on n'avait pas l'habitude de travailler de façon aussi rapprochée* ». Une aide a été également apportée pour l'animation et la gestion des conseils de pôle. Parallèlement, le DS a animé des réunions de travail sur l'harmonisation des pratiques, la mutualisation du personnel et la rédaction de protocoles. Pour un établissement, le contrôleur de gestion a élaboré des tableaux de bord. Le maintien d'un staff hebdomadaire animé par le DS autour d'échanges d'informations, de régulation et d'expression est présenté comme un point indispensable pour les CSS.

Les attentes des CSS vis-à-vis du DS sont représentées essentiellement par un besoin de relation de confiance, d'accompagnement dans les pratiques et dans les dossiers et une demande de soutien dans leur positionnement au niveau du trinôme.

Analyse : La nouvelle gouvernance est un vrai changement qui nécessite l'accompagnement des CSS. Cet accompagnement peut revêtir différentes formes (animation, apport de connaissance, positionnement, prise de décision mais également formation). Cet accompagnement a été prévu au niveau national avec les formations organisées par le dispositif d'accompagnement CREER. Le recrutement d'un contrôleur de gestion fait partie également des mesures d'accompagnement.

2.2.4 Définition d'un pôle performant

Même si l'on retrouve des points communs, les critères retenus pour la définition d'un pôle performant varient d'un acteur à l'autre quelque soit la fonction. Néanmoins, l'aspect financier avec un pôle en équilibre est évoqué par tous les acteurs. Il est souvent associé à une bonne activité. Accessoirement, la qualité est retenue principalement par un DS « *mon axe prioritaire serait la qualité ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, je me raccroche à cette orientation mais depuis le début de l'année nous avons des dollars devant les yeux, c'est le plan de retour à l'équilibre qui prédomine* ». L'atteinte des objectifs fixés, la réduction des délais d'attente et la mutualisation des moyens font partie des critères retenus sans trouver un large écho chez les personnes interviewées.

Analyse : les acteurs utilisent plutôt un modèle unidimensionnel de la performance, notamment avec une dimension financière en lien avec la T2A qui a un impact important sur le fonctionnement des établissements. Les entretiens confirment l'existence d'une vision différente de la performance en fonction des acteurs d'où la nécessité de clarifier

les objectifs stratégiques. Le pôle devra définir un projet correspondant à des objectifs à atteindre en lien avec le projet d'établissement et donc le projet de soins. Les différentes dimensions de la performance devraient induire des objectifs en termes d'activité, de qualité et gestion des risques, de coût et de délai.

2.2.5 Outils utilisés pour ce suivi et mode d'utilisation

Nous traiterons cette question par établissement étant donné le peu de recul de l'établissement n°1.

Pour l'établissement n°1 : les entretiens avec les CSS et le DS révèlent la présence de tableaux de bord qui ne correspondent pas à leurs attentes. Chaque CSS utilise des tableaux de bord qu'il a construits lui-même et qui visent à comparer les données communiquées par la DRH « *on n'a rien, on n'a pas d'outil, il faut être clair, à part un outil quantitatif qu'on s'est fabriqué nous même sur l'absentéisme des agents, c'est une fabrication très artisanale* »

Les entretiens avec le contrôleur de gestion et le DS apportent un éclairage en précisant que des tableaux de bord sont en cours d'élaboration. Deux types de tableaux de bord sont prévus :

- un tableau de bord quadrimestriel pour les pôles et les services comportant 4 volets : activité, ressources humaines, capacité et finances
- un tableau de bord mensuel pour les pôles et les services comportant 6 volets : activité, graphique d'activité, capacité, dépenses, recettes et synthèse

Pour l'établissement n°2 : les outils utilisés sont essentiellement représentés par des indicateurs. Ceux-ci peuvent être classés en 3 parties :

- Les indicateurs fournis par la cellule de gestion : suivi financier titre 1 et titre 2 ; compte de résultat mensuel pour l'activité MCO.
- Les indicateurs fournis par le DIM à partir d'un logiciel : nombre de RUM et le chiffre d'affaires par unité fonctionnelle et par pôle, prévu/réalisé, cumulé par mois.
- Les indicateurs élaborés par le pôle : en fonction des objectifs fixés au pôle (exemple : mesure de délais de prise en charge, utilisation des mensualités, absentéisme...).

Ces indicateurs se présentent sous la forme d'un tableau de bord et sont issus de requêtes dans différents logiciels utilisés par l'établissement. A partir de cette possibilité, le DS utilise essentiellement des indicateurs mensuels d'activité (nombre d'admissions ou nombre de journées réalisées dans les différentes spécialités et évolution par rapport à n-1) et financiers « *je n'ai pas le choix, ils me sont imposés tous les 15 jours* ».

Un fichier commun partagé pour le suivi de l'absentéisme est disponible pour le DS et les CSS sur l'intranet de l'établissement. Un CSS apporte une précision importante par

rapport à ces indicateurs « les DMS et les taux d'occupation sont connus tardivement avec deux mois de décalage ». Le DS projette de mettre en place pour la fin de l'année un outil de mesure et d'évaluation de la qualité des soins : l'IGEQSI³⁵

Analyse : Dans les deux établissements, les tableaux de bord n'ont pas fait l'objet d'une démarche institutionnelle. Pour l'établissement n°1, le contrôleur de gestion est à l'initiative de la création de tableaux de bord. Ces tableaux de bord sont très orientés sur les dimensions finances, RH et activité mais ne prennent pas en compte la dimension qualité et satisfaction du patient. Pour l'établissement n°2, les délais de diffusion des tableaux de bord sont trop longs. Les pôles ont construit des indicateurs en fonction de des objectifs retenus dans le contrat.

2.2.6 Une transmission structurée des informations entre le DS et les CSS

Les informations principales données par le DS proviennent des réunions du conseil exécutif et du comité de direction. Elles concernent les projets stratégiques de l'établissement et les organisations ou restructurations à mettre en place. L'activité et la gestion du personnel représentent le deuxième volet important. Enfin, les problèmes rencontrés par le CSS font également l'objet d'un échange avec le DS soit en réunion formalisée soit en entretien individuel. Les informations transmises au DS par les CSS sont surtout des informations de reporting, nous ne retrouvons pas d'informations sur l'analyse des résultats obtenus à partir des tableaux de bord.

Analyse : les informations échangées confirment la fonction stratégique ainsi que la fonction conseil et soutien du DS envers les CSS. Les entretiens ne révèlent pas de difficultés particulières dans le fonctionnement. Le DS reste un interlocuteur précieux du CSS par rapport au fonctionnement du pôle et les staffs organisés sont un support qui facilite ces échanges.

2.3 Conclusion de l'étude de terrain :

En conclusion, il apparaît que nos hypothèses de départ sont partiellement validées :

- Même si leurs missions ont changé, les CSS ne perçoivent pas vraiment les changements dans leur quotidien. Cette situation peut être expliquée par la délégation peu développée dans les établissements et par la place importante que prend le plan de retour à l'équilibre en cas de déficit. De ce fait, la répercussion

³⁵ IGEQSI : Instrument Global d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers

sur les missions du DS n'est pas très sensible, bien que les acteurs s'accordent à dire que cette situation va évoluer. Ils ont d'ailleurs remarqué un changement significatif dans le renforcement de la fonction stratégique du DS comme le confirme le DS d'un établissement expérimentateur : « la fonction de directeur des soins a évolué vers une plus grande transversalité, dans une position d'interface, de soutien managérial et méthodologique au fonctionnement polaire, avec un positionnement plus affirmé dans la définition de la stratégie et de la politique institutionnelle »³⁶.

- Les outils disponibles pour le DS existent mais ne répondent pas forcément à leurs attentes. Toutefois, les entretiens confirment que les DS souhaitent avoir des tableaux de bord et que ceux-ci se mettent en place progressivement. Bien qu'ils soient fortement influencés par l'activité et les finances, nous avons vu que le DS reste garant de la qualité et de la sécurité des soins en privilégiant la mise en place de l'IGEQSI.
- La circulation de l'information entre le DS et le CSS est structurée mais le contenu est très hétérogène et ne comporte pas un volet centré sur l'atteinte des résultats.

³⁶ ANTHONY-GERROLDT H., août 2007, « mise en place des pôles d'activité au CHU de Dijon et impact sur les fonctions d'encadrement des soins », *Soins cadres de santé*, p.28

3 Propositions d'actions

Dans chaque établissement étudié, la mise en place des aspects réglementaires de la nouvelle gouvernance est effective. Les différents acteurs expriment le besoin d'avoir des indicateurs pour suivre la performance des pôles. Dans un premier temps, chaque cadre de pôle a essayé de construire son tableau de bord en fonction de sa vision de la performance. Nous avons pu constater que cette vision était différente d'un acteur à l'autre ou d'une fonction à l'autre. Progressivement, les établissements se dotent de tableaux de bord basés sur les expériences d'autres établissements pour répondre à la demande des professionnels. La mise en place est organisée dans l'urgence d'autant plus quand l'établissement se trouve en situation de plan de retour à l'équilibre. La réflexion préalable, positionnant le tableau de bord comme un outil de management de l'institution, est négligée. A partir de ce constat, nous allons tenter de proposer une méthodologie de mise en place des tableaux de bord et plus particulièrement de décrire quel rôle peut jouer le directeur des soins dans ce projet. Nous retiendrons néanmoins que la situation idéale serait de mettre en place le pilotage de la performance dès la mise en place des pôles.

3.1 Les préalables au projet :

3.1.1 Une vision partagée des tableaux de bord

La mise en place des tableaux de bord est la première étape d'un processus visant à développer le contrôle de gestion à l'hôpital³⁷. Le contrôle de gestion doit se concevoir comme un mode de management dont la caractéristique reste toujours sa déclinaison en termes d'outils : comptabilité analytique, budget, tableaux de bord³⁸. Cette définition ne doit cependant pas présenter le contrôle de gestion comme une boîte à outil mais plutôt comme un processus transversal indispensable au fonctionnement de l'organisation. Ce processus implique l'ensemble des acteurs et constitue un moyen d'évaluation et d'amélioration de la « valeur » produite tout en prenant en compte plusieurs dimensions de la performance et non exclusivement l'aspect financier. Il s'agit notamment de développer la capacité de pilotage interne et de ne plus se contenter d'un contrôle externe par l'autorité de tutelle.

³⁷ SERRE O., SIGNAC F., novembre 2007, « élaboration de tableaux de bord : une ardente obligation, *gestion hospitalière*, p.42

³⁸ PAGES C., 2006, *contrôle de gestion et pratiques managériales à l'hôpital : la mise en œuvre d'un management de la performance au centre hospitalier d'Orsay*, mémoire de Directeur d'hôpital, p. 25

3.1.2 Une vision partagée de la performance :

La vision partagée de la performance d'un pôle passe par une définition claire et communiquée à l'ensemble des professionnels. Nous pouvons proposer la définition suivante : un pôle performant est un pôle qui atteint les objectifs fixés par l'institution dans toutes les dimensions de la performance clinique, économique, qualité, satisfaction client, organisation sans le faire au détriment des autres pôles³⁹.

Sur ces deux points, le directeur des soins a un rôle pédagogique qu'il devra exercer dans chacune de ses interventions auprès des cadres de santé de l'établissement lors des réunions d'encadrement mais également dans les instances auxquelles il participe et plus particulièrement lors de la réunion de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. L'élaboration du projet de soins sera également l'occasion pour rappeler les orientations stratégiques de l'établissement ainsi que sa participation à l'élaboration du projet d'établissement.

3.2 Une démarche de projet :

L'expérience du directeur des soins dans la conduite de projet et son positionnement aux interfaces des pôles sont des atouts pour lui confier la mise en place d'une démarche de pilotage de la performance. Il devra s'entourer de collaborateurs compétents et motivés dans l'ensemble des catégories professionnelles pour gagner ce défi. Pour autant, la réussite du projet dépend du degré d'implication de la direction de l'établissement dans la mesure où ce projet induit un changement de culture en passant d'un établissement administré à un établissement « managé ». En effet, l'introduction du pilotage de la performance va demander du temps pour changer et vaincre les résistances liées à l'incertitude. Le respect des différentes étapes de la conduite de projet et du pilotage de celui-ci est un facteur clé de réussite.

3.2.1 La conduite de projet

- La première étape (où en sommes-nous ?) : le diagnostic stratégique est une phase essentielle à travers le diagnostic interne et externe. Le diagnostic externe permet d'identifier le positionnement de l'établissement par rapport à son environnement. Le DS, de par sa connaissance de l'établissement et son expérience, collaborera étroitement avec le DIM et le contrôleur de gestion.

³⁹ MARIAN L., directeur de projet HCL, Cours IFROSS janvier 2007

Pour le diagnostic interne, le DS va jouer un rôle important dans l'identification des points forts et des points faibles de l'organisation en mettant en place des audits, des audits ciblés sur la prise en charge du patient, en initiant des démarches d'analyse des processus. La démarche devra être généralisée, c'est-à-dire associer l'ensemble des professionnels intervenants sur la trajectoire patient, qu'ils soient soignants, administratifs ou techniques. Dans cette phase, il sera important de s'appuyer sur l'existant notamment en termes d'activité, de recettes, d'effectifs et de coûts de production.

- La deuxième étape (où voulons nous aller ?) : le choix des objectifs et la hiérarchisation est une phase délicate d'une part parce qu'elle nécessite une traduction de la stratégie en objectifs concrets et quantifiés et d'autre part de faire des choix sur des axes prioritaires.
- La troisième étape (comment voulons nous y aller ?) : le plan d'action permet de définir les modalités, les acteurs, les ressources nécessaires, le calendrier, les critères d'évaluation. Il sert de guide pour la mise en œuvre en précisant le déroulement, la gestion du temps et des ressources, l'identification des responsabilités (chef de projet), des résultats attendus, des collaborations. Le plan d'actions est formalisé par les fiches projets et par une planification.
- La quatrième étape : la mise en œuvre est l'étape de la formalisation de l'action : clarification des processus, élaboration de procédures, activation des compétences, élaboration de tableaux de bord de suivi des indicateurs.
- La cinquième phase : l'évaluation permettra de réajuster et surtout de construire un dialogue entre les différents acteurs avant de construire un plan d'actions correctives et d'entrer dans une phase de « gestion » de la démarche.

Cette méthodologie permettra de s'appuyer sur une stratégie, une trajectoire et une cible au minimum comprises et partagées, qui se retrouveront dans la conception du tableau de bord.

3.2.2 Le pilotage du projet : le DS chef de projet

Le projet ne peut être mis en place sans la validation par le comité de direction qui va choisir le comité de pilotage et rédiger une lettre de mission. Ce projet sera soumis également au conseil exécutif.

Le comité de pilotage, dont la composition devra comprendre la direction générale, le président de CME et des représentants du conseil exécutif, des pôles, de la cellule qualité, le contrôleur de gestion, le médecin du DIM, va constituer les groupes projets. Ceux-ci seront soit composés à partir d'un pôle ou de plusieurs pôles avec des représentants médicaux, administratifs et soignants (professionnels et encadrement).

Dans ce scénario, nous proposons que le DS prenne la place de chef de projet. En effet, son expérience de conduite de projet, acquise au cours de son parcours professionnel, lui confère des qualités de facilitateur et d'organisateur. Le DS doit utiliser également les

compétences qu'il a développées au cours de sa formation notamment la communication managériale, l'animation et les méthodes de résolution de conflits. Sa disponibilité et son charisme peuvent être des éléments facteurs de réussite.

Il assurera une communication large et régulière sur le projet dans les différentes instances : conseil d'administration, conseil exécutif, CSIRMT, conseils de pôles...

3.3 Les mesures d'accompagnement :

Nous avons vu que dans les deux établissements enquêtés, la délégation de gestion n'était pas très développée. Pour autant, les acteurs pensent que cette situation va évoluer dans la mesure où la structuration en pôles donne une autonomie de gestion plus importante aux médecins et aux cadres de santé. Cette situation nécessite de clarifier les fonctions de chacun ce qui d'ailleurs correspond surtout à une demande des cadres de santé. Le DS devra donc organiser une réflexion sur les fiches de poste du cadre de pôle en partenariat avec le médecin et le cadre administratif. Parallèlement à cette fiche de poste, le DS et les autres directions fonctionnelles seront amenés à définir leur missions au regard des changements. Le Directeur des soins, de par son expérience managériale, doit se situer comme l'interlocuteur privilégié du trinôme et faire partager son expertise sous la forme d'une fonction conseil envers le cadre de pôle.

3.3.1 Une redéfinition des fonctions

- **Le DS dans une position stratégique :**

La majorité des personnes interviewées a noté un renforcement de la position stratégique du DS. En effet, il fait partie de l'équipe de direction et sa participation au conseil exécutif n'est plus à justifier. Pour autant, son positionnement à l'interface des pôles et la modification des liens hiérarchiques avec le cadre de pôle lui permettent de prendre une distance suffisante pour approcher la dimension opérationnelle du pôle. Cette position « tantôt rapprochée et tantôt éloignée » lui permet d'exercer un rôle de conseil auprès de l'encadrement du pôle. Certains aspects de la fonction vont être renforcés, notamment les fonctions d'expertise et de coordination et, ce d'autant plus que l'autonomie de gestion au niveau des pôles se verra structurée. Le DS sera le garant de la cohérence de la politique de soins et de la politique d'établissement qui devra être retrouvée dans les pôles. Cette évolution est confirmée par les acteurs interrogés qui souhaitent que le DS soit un « prestataire », un « arbitre » et un véritable coordonnateur entre les pôles.

- **Le cadre de pôle et le cadre administratif: véritables collaborateurs du responsable de pôle**

Le cadre de pôle :

Lors des entretiens, les cadres supérieurs de santé ont évoqué à plusieurs reprises le besoin de clarifier leur rôle notamment vis-à-vis du responsable de pôle. Le DS doit donc organiser la rédaction de la fiche de poste qui situera le poste en termes de

responsabilités au sein du trinôme et qui précisera sa position hiérarchique et fonctionnelle. Le rôle du cadre de pôle dans la délégation de gestion sera également précisé. Cette fiche comprendra également les qualités et compétences requises et pourra être utilisée par le DS comme support de sélection des candidats.

Le cadre administratif :

Bien que le cadre administratif ne dépende pas du directeur des soins, il est nécessaire que le directeur des soins participe à la définition de la fiche de poste du cadre administratif afin de garantir une cohérence avec la fiche de poste du cadre de pôle.

3.3.2 Promouvoir la formation des groupes projets

Le DS doit encourager les acteurs à suivre des formations pour développer leurs compétences. La formation est un volet déterminant de l'appropriation des réformes « il suffit pour s'en convaincre d'observer l'engouement qui a entouré les sessions organisées par le dispositif d'accompagnement »⁴⁰. Ces formations sont également le lieu privilégié pour les échanges d'expériences notamment lors de la présence de plusieurs membres du même pôle. L'enseignement à distance permet de diffuser les savoirs et la connaissance au plus près des acteurs, ceux-ci n'ayant pas toujours la disponibilité pour se rendre sur les lieux de formation. Le dispositif d'accompagnement CREER⁴¹ en partenariat avec l'ANFH propose :

- une formation générale orientée vers 4 axes : place de l'établissement dans l'organisation territoriale de l'offre de soins, combiner démarche qualité, gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles, mettre en œuvre la gouvernance (contractualisation interne et pilotage des pôles), T2A, EPRD (pour une meilleure adéquation des ressources à l'activité),
- une formation plus spécifique : mettre en œuvre de façon concrète les réformes hospitalières par l'encadrement supérieur hospitalier, mettre en œuvre et développer les démarches et outils d'appui au fonctionnement des pôles.

En fonction du contexte de l'établissement et de l'avancée dans la réforme, le DS pourrait proposer les thèmes de formation suivants :

- Identifier les nouveaux positionnements au sein du pôle : la gestion des hommes et des ressources, les outils de management du pôle

⁴⁰ BONNICI B., DEBROSSE D., mai-juin 2007, « nouvelle gouvernance : état des lieux et perspectives », *Revue Hospitalière de France* n°516, p.57

⁴¹ <http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/la-mise-en-oeuvre/formation/01-les-formations-a-destination-des-hospitaliers/>

- Appréhender les concepts de la performance :
 - les différentes dimensions, la définition des objectifs stratégiques et opérationnels ;
 - la définition du tableau de bord, son élaboration et son utilisation
- initier une réflexion sur le « faire ensemble »

3.3.3 Le cadre de santé : collaborateur du cadre de pôle

L'implication des cadres de proximité est un levier sur lequel le DS doit agir. En effet, les cadres de santé ont un rôle fondamental dans l'adhésion des personnels et une fonction d'interface avec les équipes. Ils seront le relai du cadre de pôle pour mettre en place les nouvelles organisations et accompagner les équipes de soins dans le contexte de changement de culture. En pratique, Le DS devra redéfinir les fonctions du cadre de santé de proximité et son champ de responsabilité en insistant sur la vision transversale de l'activité du pôle. Il devra également prendre en compte la possibilité d'attribuer une certaine autonomie dans la décision au cadre de proximité afin de promouvoir le principe de subsidiarité. La possibilité de prendre des décisions permettra de développer la motivation, l'engagement et la capacité d'innovation du cadre de santé. Le DS s'assurera également que les cadres de santé possèdent toutes les compétences pour la construction et l'utilisation des tableaux de bord.

3.4 Privilégier des relations de confiance avec le corps médical, les cadres et le trinôme

Dans un contexte de contractualisation, la confiance entre les différents acteurs est un facteur clé pour l'engagement de ceux-ci. Le DS doit développer sa collaboration avec les cadres de pôles et le corps médical. Il devra s'impliquer dans les projets menés par les pôles, communiquer en ayant une attitude d'ouverture vers l'autre et surtout encourager et soutenir l'encadrement en soulignant les avancées réalisées. Le DS devra également faire preuve d'une capacité à faire confiance.

3.4.1 Avec le corps médical :

Le travail en commun avec le corps médical pour la rédaction du projet de soin et du projet d'établissement, la participation d'un représentant du corps médical aux réunions de la CSIRMT, la participation du DS aux CME sont des moments privilégiés pour établir une communication avec le corps médical.

3.4.2 Avec les cadres de pôle :

Le DS doit établir des relations de confiance avec les cadres de pôles et les trinômes. Pour cela, il doit formaliser des espaces d'échanges avec le cadre de pôle. En pratique, le DS organise une réunion hebdomadaire que l'on pourrait qualifier de « CODIR

paramédical ». Cette réunion, avec l'ensemble des cadres de pôle, permettrait les échanges entre eux et avec le DS sur :

- Les projets en cours
- Les résultats issus des tableaux de bord
- Les comptes rendus des différentes instances
- Les difficultés rencontrées

3.4.3 Avec les trinômes de pôle :

La collaboration DS-trinômes passe également par des rencontres formalisées. La position du DS à l'interface des pôles lui permet de faire le lien entre les différents trinômes. Ce lien peut prendre la forme de partage d'informations ou d'expériences des autres pôles. L'organisation de réunions mensuelles et quadrimestrielles pour l'exploitation des tableaux de bord sont également des moments pour développer des relations de confiance avec les trinômes de pôle.

3.5 Le respect d'une méthodologie pour la construction et l'utilisation des tableaux de bord

Afin de réussir la mise en place des tableaux de bord dans les pôles, le DS doit s'appuyer sur une méthodologie rigoureuse et partagée par l'ensemble des pôles. Le point de départ est constitué par la définition de la stratégie et les objectifs de l'établissement puisque nous avons vu que le tableau de bord doit correspondre à une stratégie. Cette stratégie définie par le projet d'établissement sera ensuite déclinée au niveau des pôles sous la forme de projet de pôle. La méthodologie pourrait suivre les étapes suivantes :

- **L'évaluation des besoins :**

En fonction du niveau de décision, le besoin de tableau de bord sera différent. Nous retiendrons la méthodologie proposée par le GMSIH⁴² qui distingue 2 types de tableau de bord : le tableau de bord stratégique et le tableau de bord opérationnel :

1. le tableau de bord stratégique de pilotage : ce tableau de bord est destiné à l'équipe dirigeante pour lui permettre d'avoir une vue synthétique sur les points essentiels de sa stratégie. Ce tableau de bord correspond au tableau que doit posséder le DS en qualité de membre du conseil exécutif. Ce tableau de bord stratégique est accompagné d'un le tableau de suivi d'activité. Ce tableau de bord permet de suivre des activités jugées non stratégiques et d'alerter si besoin.

⁴² GMSIH : kit de base des tableaux de bord pour les établissements de santé, mai 2006

2. le tableau de bord opérationnel de pilotage : ce tableau est destiné au responsable d'une unité organisationnelle pour lui permettre d'avoir une vue synthétique sur les thèmes à piloter en lien avec la stratégie de l'établissement. Il correspond au tableau que le trinôme de pôle doit avoir à sa disposition. Il peut être complété par des objectifs spécifiques à l'unité organisationnelle en lien avec l'approche métier. Ce tableau de bord est également accompagné d'un tableau de suivi d'activité qui permet de compléter les objectifs et les actions du tableau de bord opérationnel de pilotage. Il est identique à toutes les unités organisationnelles.

Le schéma en annexe n° 3 illustre les deux niveaux de déclinaison des orientations stratégiques.

- **l'analyse de l'existant :**

Avant de proposer un tableau de bord, il convient de réaliser l'inventaire des indicateurs existants dans l'établissement. La participation de l'ensemble des acteurs fournissant des informations est essentielle. La recherche d'indicateurs existants va porter sur l'activité, les finances, la gestion des ressources humaines, la qualité et l'organisation. Nous avons vu lors des entretiens que les professionnels utilisaient déjà des indicateurs et quelques tableaux de bord qu'ils ont construits.

- **La construction de nouveaux indicateurs :**

L'évaluation des besoins et l'analyse de l'existant permettent de construire les tableaux de bord selon la méthodologie décrite précédemment. A partir de ce choix, la formalisation doit répondre à quelques grands principes :

- ✚ Un nombre restreint d'indicateurs
- ✚ Une référence à une cible visée
- ✚ Des symboles graphiques d'alerte et de tendance
- ✚ Les unités de mesure
- ✚ La période d'observation
- ✚ Les indicateurs sous forme de pourcentage

Chaque indicateur fait l'objet d'une fiche détaillée (cf. annexe n°4).

- **La validation des tableaux de bord :**

Les tableaux de bord et les fiches d'indicateurs seront validés par le conseil exécutif et la direction générale. L'association des différents acteurs à leur construction est un facteur de réussite pour sa mise en place.

- **l'analyse et des résultats :**

L'analyse des résultats doit répondre à une procédure élaborée avec les professionnels concernés. Lors des réunions de mise en commun, le DS devra être vigilant à ne pas imposer son point de vue mais à permettre l'expression des différents professionnels. Le rythme d'analyse minimum doit rester mensuel et peut être rapproché si des alertes sont déclenchées par le contrôleur de gestion. L'analyse des tableaux de bord permettra soit de revoir les objectifs soit de mettre en place des actions correctives.

Conclusion

La nouvelle gouvernance modifie considérablement l'organisation de l'hôpital. La mise en place des pôles et la création du conseil exécutif tendent à favoriser un rapprochement médico administratif. Cette réforme oriente les établissements vers un nouveau fonctionnement avec un transfert progressif des lieux de décision notamment avec la mise en place des contrats et de la délégation de gestion. Ainsi, le processus de décision passe du sommet vers la base selon le principe de subsidiarité. Cette réforme vise donc à responsabiliser les acteurs de l'hôpital en les associant à la prise de décision.

L'introduction de la T2A et de l'EPRD ont également modifié la stratégie des établissements qui doivent s'intéresser fortement à leurs activités et à leurs dépenses. Chaque établissement doit donc s'interroger par rapport à ses missions de santé en lien avec son environnement et faire des choix par rapport aux activités sur lesquelles il doit se positionner. Ces choix vont se traduire par la définition d'objectifs à atteindre traduisant la performance de l'établissement aussi bien dans le domaine des activités, des coûts, de la qualité que de l'organisation interne.

Sous la pression de ces réformes, les établissements doivent donc changer et s'adapter à ces nouvelles contraintes notamment en définissant une vision commune et partagée de la performance. La définition de la performance constitue la première étape mais doit également être complétée par la mise en place de tableaux de bord qui permettront aux dirigeants de disposer d'indicateurs fiables, dans un délai court afin de mesurer le chemin parcouru, d'analyser les écarts et de prendre des décisions d'actions correctives.

L'enquête sur le terrain nous a montré que la nouvelle gouvernance se mettait en place progressivement avec ses différents outils de gestion. Les professionnels ont confirmé leur intérêt de pouvoir utiliser des tableaux de bord dans leur fonctionnement quotidien tout en reconnaissant leur absence ou leur insuffisance. Néanmoins, des tableaux de bord apparaissent progressivement dans les établissements avec une orientation prioritaire vers l'activité et les coûts. Etant donné le peu de recul, nous pouvons penser qu'ils vont évoluer sur la dimension organisationnelle et sur la dimension qualité. Nous avons vu également que la nouvelle gouvernance modifiait progressivement les missions des acteurs notamment celles du directeur des soins. Les professionnels sont unanimes pour affirmer que le rôle stratégique du DS a été renforcé et que son rôle d'accompagnement des CSS est fondamental dans le management des pôles.

Ces différents constats nous ont conduits à positionner le DS comme un acteur principal dans une démarche institutionnelle de mise en place de tableaux de bord. En effet, son rôle d'interface entre les pôles, sa culture de la transversalité, son rôle stratégique en font un acteur important pour la réussite des réformes et plus particulièrement dans le développement de la performance de l'établissement pour une prise en charge de qualité des patients au moindre coût.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES:

- **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES** : Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée [en ligne]. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996. [visité le 15.05.2008], disponible sur internet :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=160E5B4FE5439B948C5562A5458DFEE8.tpdjo16v_1?cidTexte=JORFTEXT000000742206&dateTexte=&oldAction=rechJO
- **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES:** Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé [en ligne]. Journal officiel, n°102 du 2 mai 2005. [visité le 15.05.2008], disponible sur internet :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=160E5B4FE5439B948C5562A5458DFEE8.tpdjo16v_1?cidTexte=LEGITEXT000006051597&dateTexte=
- **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES:** Ordonnance n° 2005-1112 du 1er septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière, [en ligne]. Journal officiel, n°207 du 6 septembre 2005. [visité le 15.05.2008], disponible sur internet :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A74EDC75B766138B94E45D59061F6F13.tpdjo09v_2?cidTexte=JORFTEXT000000604565&dateTexte=&oldAction=rechJO
- **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES:** Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2002. [visité le 15.05.2008], disponible sur internet :
<http://www.droit.org/jo/20020423/MESH0220702D.html>

- **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES** : Décret n° 2005-444 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats des responsables de pôle d'activité clinique et Médico-technique [en ligne]. Journal officiel, n°108 du 11 mai 2005. [visité le 15.05.2008], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810179&dateTexte=>
- **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES**: Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique [en ligne]. Journal officiel, n°301 du 28 décembre 2005. [visité le 15.05.2008], disponible sur internet : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000456162&dateTexte=>
- **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES** : Circulaire DH/AF/AF3 n° 97-304 du 21 avril 2007. Bulletin officiel du 31 mai 1997.

OUVRAGES :

- **CLAVERANNE J.P., PASCAL C.**, 2004, « repenser les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance », Paris : Médica Editions, 254 p.
- **DUPUY O.**, 2007, *la nouvelle gouvernance hospitalière. L'organisation en pôles d'activité*, Thoiry : Heures de France, 92 p.
- **IRIBARNE P.**, 2003, *Les tableaux de bord de la performance, comment les concevoir, les aligner, et les déployer sur des facteurs de succès*, Paris : Dunod, 239 p.
- **LETEURTRE H, MALLEA P**, 2005, *performance et gouvernance hospitalière*, Paris : Berger-Levrault, 249 p.
- **LORINO P.**, 1991, *le contrôle de gestion stratégique : la gestion par les activités*, Paris : Dunod, 213 p.
- **LORINO P**, 2003, *méthodes et pratiques de la performance*, 3^{ème} édition, Paris : Editions d'Organisation, 521 p.

- **NORTON DP., KAPLAN RS.**, 2006, *comment utiliser le tableau de bord prospectif*, Paris : Editions d'Organisation, 423 p.
- **PELJAK D., COUTY E.**, 2007, *la gestion de pôle à l'hôpital, vade Mecum*, Bordeaux : Essentiel, 233 p.

ARTICLES DE PERIODIQUES :

- **ANTHONY-GERROLDT H.**, août 2007, « Mise en place des pôles d'activité au CHU de Dijon et impact sur les fonctions d'encadrement des soins », *Soins cadres de santé*, n°63, pp.28-31.
- **ARTIBA A., DONTAINE A., BRIQUET M., COLIN J., GOURC D., PEMPTROAD G., POURCEL C.**, mai 2005, « Le déploiement de la stratégie dans les établissements de santé », *gestions Hospitalières*, pp.351-357.
- **BESBOMBES B., MARCON E., ALBERT F., MERCHIER L., BERNAUD M.**, avril 2007, « Evaluation de la performance : Elaboration d'un tableau de bord d'aide au pilotage medicotechnique », *Gestions Hospitalières*, pp. 261-269.
- **BONNICI B, DEBROSSE D.**, mai-juin 2007, « nouvelle gouvernance : Etat des lieux et perspectives », *revue hospitalière de France*, n°516, pp.52-57.
- **BOUNEKKAR A., LAMURE M.**, novembre-décembre 2004, « indicateurs de performance des établissements hospitaliers », *journal d'économie médicale*, vol. 22, n°7-8, pp.393-402.
- **BOUSQUET F., BURNEL P.**, novembre-décembre 2006, « Indicateurs et certification : nouvelle donne pour la troisième version », *revue Hospitalière de France*, n°513, pp. 31-34.
- **BRUN N.**, novembre-décembre 2006, « Quel rôle pour l'utilisateur partenaire », *Revue hospitalière de France*, n°513, pp. 23-25.
- **CADET D.**, août 2007, « Impact des nouvelles organisations sur les pratiques soignantes et médicales », *soins cadres de santé*, n°63, pp.48-50.
- **CARSIN M.**, août 2007, « Plan Hôpital 2007, une réforme ambitieuse mais complexe », *Soins cadres de santé*, n°63, pp. 22-23.

- **CAUTERMAN M., BIRON N., MOISDON J.C.**, mars-avril 2008, « Pilotage des pôles, l'étape d'après... », Revue Hospitalière de France, n°521, pp.66-67.
- **COUDRAY M.A., BARTHES R.**, janvier 2006, « Le management hospitalier à la croisée des chemins », Gestions hospitalières, pp.18.
- **COFFIGNOT B., DELABY S., FOURNIE E., NEIRINCK A.S.**, février 2007, « Contractualisation interne: expérimentation au CHRU de Lille », Gestions Hospitalières, pp.121-124.
- **DEBROSSE D.**, novembre-décembre 2006, « l'émergence d'une culture collective », Revue Hospitalière de France, n°513, pp.1-2.
- **DEBROSSE D., LAVIELLE N.**, juillet-août 2007, « Qualité et performance hospitalière : les enjeux », Revue Hospitalière de France, n°517, pp.28-30.
- **DE LA LANCE B.**, mars-avril 2008, « Cadre administratif de pôle : un acteur majeur de la nouvelle gouvernance », Revue hospitalière de France, n°521, pp.22-25.
- **DELPLANQUE R.**, août 2007, « Allier rigueur économique et valeurs humanistes, le défi des cadres », Soins cadre de santé, n°63, pp. 39-44.
- **DELPLANQUE R.**, août 2007, « La nouvelle gouvernance : les enjeux de la nouvelle gouvernance », Soins cadres de santé, n°63, p.15.
- **DESFORGES J.C.**, novembre-décembre 2006, « Emergence d'une culture commune », Revue Hospitalière de France, n°513, pp. 26-28.
- **DUPEYRON E., MARET S., BECKER A.**, août-septembre 2007, «Pôle d'activité: Retour d'expérience du CHU de Poitiers », gestions hospitalières, pp. 460-465.
- **DURIBEUX M.**, juillet-août 2004, « Construire un tableau de bord de sa structure », Direction(s), n°10, pp. 32-33.
- **FAURE A.**, janvier 2006, « Nouvelle gouvernance : inquiétudes et espoirs des futurs acteurs », gestions hospitalières, pp.30-32.

- **HOLCMAN R.**, mai 2006, « L'avènement de la gestion par pôles. Dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'Hôpital ? », *gestion Hospitalière*, pp. 329-337.
- **LESTEVEN P., DUPONT-GUESNIER M.**, octobre 2002, « Partager la complexité de la conduite d'un établissement : Le système RADAR, tableau de bord du décideur hospitalier », *Revue Hospitalière de France*, n°468, pp. 54-60.
- **MINVIELLE E.**, novembre-décembre 2006, « COMPAQH : recherches sur le développement des indicateurs qualité », *Revue hospitalière de France*, n°513, pp.19-22.
- **NOBRE T.**, mars 2002, « le tableau de bord prospectif : un outil de gestion pour l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, pp. 171-179.
- **PONTE C.**, août 2007, « Les textes réglementaires de la nouvelle gouvernance hospitalière », *Soins cadres de santé*, n°63, pp.16-18.
- **RAVELO DE TOVAR A., GUIDT M.**, janvier 2006, « le pilotage des missions des établissements publics de santé: un nouveau paradigme », *gestions hospitalières*, pp. 12-17.
- **ROBERT B.**, août 2007, « Comment conserver une stratégie d'action collective avec Hôpital 2007 », *Soins cadres de santé*, n°63, pp.24-27.
- **SALOMON V., NADAL J.M.**, novembre-décembre 2006, « ICALIN et les indicateurs de qualité des soins », *Revue Hospitalière de France*, n°513, pp. 29-30.
- **SERRE O., SIGNAC F.**, novembre 2007, « Elaboration de tableaux de bord : une ardente obligation », *gestions hospitalières*, pp.638-643.
- **STRUMEYER C.**, août 2007, « Les cadres et le plan Hôpital 2007 », *Soins cadres de santé*, n°63, pp.19-21.

THESES :

- **TEIL A.**, 2002, *Défi de la performance et vision partagée des acteurs*, thèse : doctorat es science de gestion, Lyon 3, 399 p.

MEMOIRES ENSP :

- **LHOMME Y.** : *De l'intérêt des tableaux de bord pour le pilotage dans la nouvelle gouvernance l'exemple du centre hospitalier de Gonesse*, mémoire de Directeur d'hôpital, ENSP, Rennes, 2006
- **MASCLAUX JL.**, *La mise en place des pôles d'activité médicale...une évolution dans le management du Directeur des Soins*, mémoire de Directeur des Soins, ENSP, Rennes, 2006
- **NAUCHE M.**, *l'organisation en pôles d'activité : une opportunité pour le Directeur des Soins d'initier un nouveau mode managérial*, mémoire de Directeur des Soins, ENSP, Rennes, 2007
- **TABYAOUI I.**, *Cadres supérieurs de santé et pôles d'activités : un enjeu managérial pour le Directeur des Soins*, mémoire de Directeur des Soins, ENSP, Rennes, 2007
- **PAGES C.**, *contrôle de gestion et pratiques managériales à l'hôpital : la mise en œuvre d'un management de la performance au centre hospitalier d'Orsay*, mémoire de Directeur d'hôpital, ENSP, Rennes, 2006

AUTRES PUBLICATIONS :

- **DHOS**, janvier 2007, « guide de la présentation de la nouvelle gouvernance hospitalière »

SITES INTERNET :

- *Kit des tableaux de bord*, [visité le 11.08.2008], disponible sur internet : http://www.gmsih.fr/fre/nos_publications
- *Projet COMPAQH*, [visité le 30.07.2008], disponible sur internet : <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>
- *Tableau de bord des infections nosocomiales dans les établissements de santé*, [visité le 30.07.2008], disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/nosoco/tab_bord/accueil.htm

- *Les formations à destination des hospitaliers*, [visité le 11.08.2008], disponible sur le site internet : <http://www.creer-hopitaux.fr/fr/home/la-mise-en-oeuvre/formation/01-les-formations-a-destination-des-hospitaliers/>

Liste des annexes

Annexe 1 : matières qui peuvent faire l'objet de délégation d'après la DHOS
(Source : DHOS, Présentation de la nouvelle gouvernance hospitalière)

Annexe 2 : guides d'entretien

Annexe 3 : Schéma expliquant les deux niveaux de déclinaison des orientations stratégiques

Annexe 4 : fiche détaillée de l'indicateur

Annexe 1 : matières qui peuvent faire l'objet de délégation ou non

(Source : DHOS, Présentation de la nouvelle gouvernance hospitalière)

Matières pouvant entrer dans le champ de la délégation de gestion au niveau du pôle	Matières ne pouvant pas entrer dans le champ de la délégation de gestion au niveau du pôle
<ul style="list-style-type: none">-Recrutement du personnel de remplacement-Changement d'affectation des agents du pôle entre ses différentes structures internes (à l'exception des chefs de service)-élaboration des tableaux mensuels de service des personnels du pôle	<ul style="list-style-type: none">- décisions qui requièrent la consultation d'une instance d'établissement (CME, CTE, CAP, etc.).-questions relatives à la politique générale des ressources humaines (organisation du travail, recrutement des agents permanents, affectation des agents entre les différents pôles, décisions en matière de notation du personnel).-questions relatives aux marchés publics.

Annexe 2 : guides d'entretien

Guide d'entretien contrôleur de gestion

- 1°) pouvez vous me parler de votre parcours professionnel ?
- 2°) pouvez vous me décrire votre fonction et vos missions dans l'établissement ?
- 3°) sur quels points collaborez vous avec le DS et le CSS ?
- 4°) quelles informations transmettez vous aux différents acteurs (Directions, CSS, CS, autres...)
- 5°) quelles informations spécifiques à la gestion des pôles transmettez vous aux CSS et au DS ?
- 6°) comment communiquez vous les informations au DS et aux CSS ?
- 7°) quels outils utilisez vous ?
- 8°) échangez vous des informations avec le DIM ?

Guide d'entretien cadre supérieur de santé

Le thème de mon mémoire est le système d'information du directeur des soins lui permettant de suivre la performance des pôles

Hypothèse n°1 : les nouvelles missions du cadre de pôle ont une influence sur les missions du Directeur des soins

- Suite à la réforme de la nouvelle gouvernance votre établissement est découpé en pôles, pouvez vous me dire où vous en êtes aujourd'hui ? (Contrats, délégation, trinôme, règlement intérieur, conseil de pôle, projet de pôle...)
- Comment voyez-vous votre rôle dans ce nouveau fonctionnement ? Et celui du directeur des soins ?
- Rencontrez-vous des difficultés pour gérer votre pôle? Lesquelles ?
- Quel accompagnement attendez-vous de la part du directeur des soins ?

Hypothèse n°2 : les outils à disposition du directeur des soins pour suivre la performance des pôles sont insuffisants

- Aujourd'hui, le découpage en pôle vise une meilleure performance des établissements, comment définissez-vous un pôle performant ?
- Quels outils utilisez-vous pour suivre cette performance ? Quels outils souhaiteriez-vous avoir ?
- Comment les utilisez-vous ? Comment les utiliseriez-vous ?

Hypothèse n°3 : la gestion en pôle, implique une information descendante et ascendante entre le directeur des soins et le cadre de pôle

- Suite à la mise en place des pôles, quelles informations obtenez-vous du directeur des soins pour la gestion de votre pôle?
- Avez-vous d'autres sources d'information pour la gestion de votre pôle ?
- Quelles informations transmettez-vous au directeur des soins sur le fonctionnement de votre pôle ?
- Par rapport au sujet, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Guide d'entretien du directeur des soins

Le thème de mon mémoire est le système d'information du directeur des soins lui permettant de suivre la performance des pôles

Hypothèse n°1 : les nouvelles missions du cadre de pôle ont une influence sur les missions du Directeur des soins

- Suite à la réforme de la nouvelle gouvernance votre établissement est découpé en pôles, pouvez vous me dire où vous en êtes aujourd'hui ? (Contrats, délégation, trinôme, règlement intérieur, conseil de pôle, projet de pôle...)
- Existe-t-il des définitions de fonction pour les acteurs du pôle ?
- Selon vous, la nouvelle gouvernance a-t-elle modifié les missions du Directeur des Soins ? Pourquoi ?
- Quelle organisation avez-vous mise en place pour accompagner les cadres de pôle dans leurs nouvelles missions ?

Hypothèse n°2 : les outils à disposition du directeur des soins pour suivre la performance des pôles sont insuffisants

- Aujourd'hui, le découpage en pôle vise une meilleure performance des établissements, comment définissez-vous un pôle performant ?
- Quelles informations avez-vous pour suivre cette performance ? Quelles informations souhaiteriez-vous avoir ?
- Comment les utilisez-vous ? comment les utiliseriez-vous ?

Hypothèse n°3 : la gestion en pôle, implique une information descendante et ascendante entre le directeur des soins et le cadre de pôle

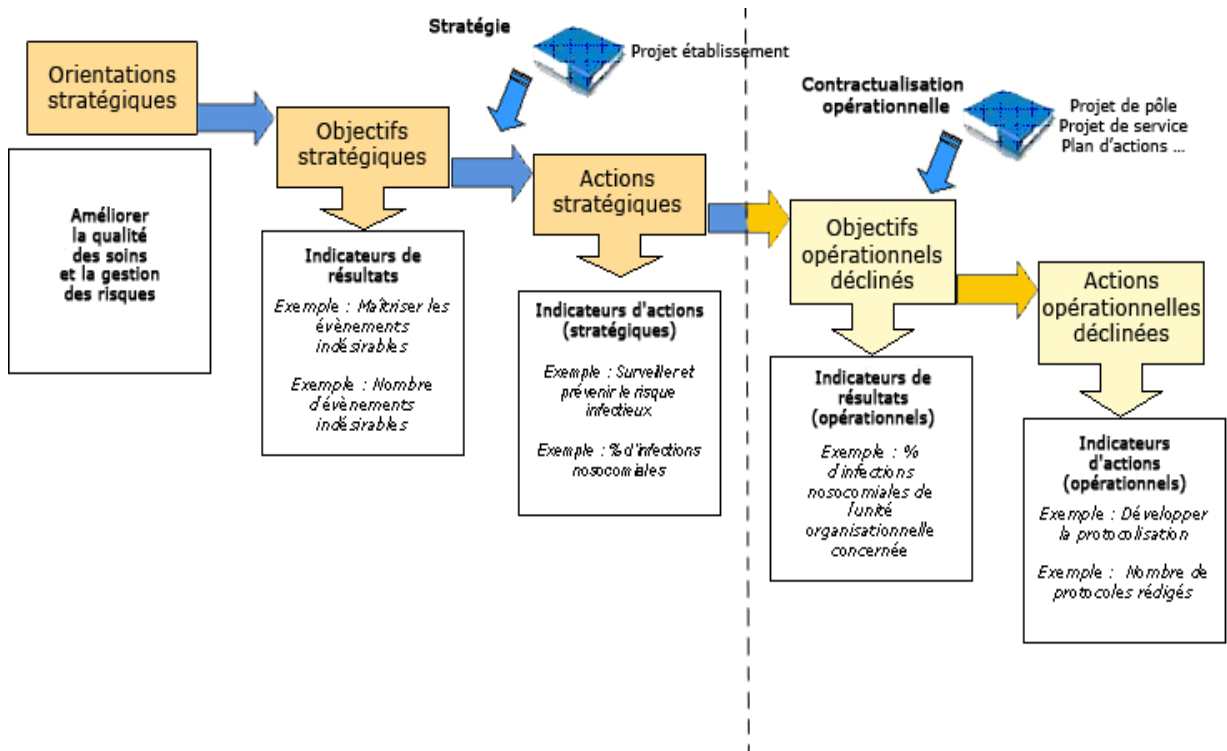
- Suite à la mise en place des pôles, quelles informations donnez-vous aux cadres de pôle pour la gestion de leur pôle?
- Quelles informations vous donnent les cadres de pôle sur le fonctionnement de leur pôle ?
- Par rapport au sujet, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Guide d'entretien médecin DIM

Pour la gestion des pôles :

- quels outils utilisez-vous ?
- quelles informations transmettez-vous ?
- quels sont les destinataires ?
- quel mode de communication ?

Annexe 3 : Schéma expliquant les deux niveaux de déclinaison des orientations stratégiques



Annexe 4 : fiche détaillée de l'indicateur

Libellé	
Objectif de l'indicateur	
Processus, activité, fonction concernée	
Responsable de l'indicateur	
Données à collecter	
Mode de collecte	
Lieu de collecte	
Fréquence et calendrier de la collecte	
Méthode de calcul	
Valeur actuelle	
Valeur cible	
Seuil critique	