



**EHESP**

---

**Directeur des Soins**

Promotion : **2008**

Date du Jury : **septembre 2008**

---

## **Directeur des Soins : un management par ou pour la transversalité ?**

---

**Pascale de JOUVANCOURT**

---

# Remerciements

---

Je remercie les Directeurs des Soins et les équipes hospitalières qui m'ont accueillie, encadrée, soutenue et enrichie par leur professionnalisme, leur attention bienveillante et leur implication à ce mémoire professionnel.

Je remercie l'équipe de la filière des Directeurs de Soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique pour son soutien avisé tout au long de la formation.

Je remercie mes deux collègues de promotion qui m'ont entourée et ont contribué par leur générosité et leur expérience à compléter mon cheminement professionnel.

Enfin, je remercie mon époux et ma famille proche pour avoir participé, chacun à sa manière, à ce projet de formation qui leur a demandé à tous une implication particulière afin que je puisse le mener à son terme et dans les meilleures conditions possibles.

*« Sème une pensée et tu récolteras une action ;  
Sème une action et tu récolteras une habitude ;  
Sème une habitude et tu récolteras un caractère ;  
Sème un caractère et tu récolteras un destin. »<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> William Makepeace THACKERAY

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Un contexte national en réforme .....</b>	<b>5</b>
1.1 D'une culture de moyens à une culture de résultats.....	5
1.2 Une logique d'entreprise adaptée à l'hôpital .....	7
1.3 Un risque identifié de balkanisation .....	9
1.4 Un concept de reliance : la transversalité .....	9
1.5 Un management par et pour la transversalité.....	10
1.6 Un management pour la cohérence institutionnelle .....	11
<b>2 Une étude de terrain : vécu et attentes des professionnels.....</b>	<b>13</b>
2.1 Les établissements concernés.....	13
2.2 Le recueil de données .....	13
2.2.1 La recherche documentaire .....	13
2.2.2 L'étude sur le terrain .....	14
2.3 La grille d'entretien semi-directif classée par thème .....	14
2.3.1 Les personnes interviewées .....	14
2.3.2 Les critères de choix.....	15
2.4 Les limites de ce mémoire professionnel.....	15
2.4.1 Les points forts de l'enquête .....	15
2.4.2 Les points de progrès de l'enquête.....	16
2.5 L'analyse des données recueillies .....	16
2.5.1 Une analyse thématique des données.....	16
2.5.2 La concordance entre hypothèses de départ et réponses des professionnels....	21
2.5.3 Les enjeux pour le Directeur des Soins .....	23
<b>3 Des préconisations pour une transversalité opérationnelle du Directeur de Soins .....</b>	<b>25</b>
3.1 La cohérence institutionnelle : un enjeu stratégique.....	25
3.1.1 Un enjeu inscrit dans l'organisation de l'établissement .....	26
3.1.2 Une intelligence stratégique du Directeur des Soins .....	26
3.1.3 Le Directeur des Soins au Conseil Exécutif.....	26

<b>3.2</b>	<b>Une stratégie de transversalité du Directeur de Soins .....</b>	<b>26</b>
3.2.1	Une stratégie qui intègre les axes de performance de l'établissement .....	26
3.2.2	L'implication du DS au projet Qualité et à la gestion des risques.....	27
3.2.3	La collaboration DRH/DS .....	28
3.2.4	L'implication du DS à la gestion financière de l'établissement .....	29
3.2.5	L'implication du DS au système d'information hospitalier .....	29
<b>3.3</b>	<b>Une transversalité dans son organisation .....</b>	<b>30</b>
3.3.1	Un organigramme qui assure la transversalité au plus près du patient.....	30
3.3.2	Une CSIRMT opérationnelle et force de proposition .....	30
<b>3.4</b>	<b>Une transversalité dans son animation.....</b>	<b>31</b>
3.4.1	Une communication au service du management .....	31
3.4.2	Une culture de projet par objectifs généralisée .....	31
3.4.3	Une micro culture du Benchmarking initiée .....	31
3.4.4	Une transversalité contractualisée .....	32
	<b>Conclusion.....</b>	<b>33</b>
	<b>Sources et Bibliographie .....</b>	<b>35</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AP-HP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARH	Agences Régionales de l'Hospitalisation
ARS	Agences Régionales de Santé
CE	Conseil Exécutif
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Établissement
CS	Cadre de Santé
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CTE	Comité Technique d'Établissement
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
DG	Directeur Général
DH	Directeur d'Hôpital
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
FMESPP	Fonds de Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAS	Haute Autorité en Santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Finances
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
RH	Ressources Humaines
SICS	Service Infirmier de Compensation et de Suppléance
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A	Tarifification à l'Activité
UF	Unité Fonctionnelle
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
V2/V2010	Version 2 et version 2010 de la certification

## Introduction

L'ordonnance de mai 2005<sup>2</sup>, qui vise la simplification du régime juridique des établissements de santé et instaure la nouvelle gouvernance par « pôles d'activité médicale », réorganise les établissements publics de santé.

Or, cette nouvelle organisation modifie très profondément le fonctionnement de l'hôpital. Elle induit des jeux de pouvoirs de la part des acteurs, des résistances et des modifications fortes des directions dont celles des soins.

Au sein de la Direction des Soins la ligne hiérarchique est maintenue. Cependant, une ligne fonctionnelle différente s'installe avec des répercussions sur le management et l'organisation des professionnels paramédicaux. Or ces répercussions, souvent sont vécues comme de véritables bouleversements par l'encadrement soignant suscitant un malaise par déstabilisation ou sentiment d'insécurité, et parfois une recherche d'autonomie pour certains d'entre eux.

En fait, ces changements dans les organisations génèrent des difficultés au quotidien avec, pour les cadres soignants, une inadéquation fréquente entre leur métier de base (qui les a préparés à la rencontre avec les patients) et les contraintes inhérentes aux impératifs de résultats.

Ces difficultés concernent les ressources humaines et les exigences des gestionnaires qui réclament des comptes, les soignants qui s'arquent boutent sur leur planning et refusent les changements dans leurs horaires de travail, les médecins qui n'entendent pas leurs difficultés parfois à trouver des remplaçants.

Ces difficultés concernent la gestion financière avec un investissement important demandé à l'encadrement par les nouvelles modalités de délégations, les indicateurs à créer au sein des pôles, les articulations différentes à mettre en place entre les divers projets : le projet d'établissement, de pôle, de soins, qualité, gestion des risques...

Enfin ces difficultés concernent la gestion de la Qualité avec la trop grande fébrilité, générée dans l'hôpital par le passage des experts-visiteurs de la Haute Autorité en Santé (HAS) et la chute brutale de cette effervescence après leur départ. Au point que certains

---

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

cadres soignants comparent la certification à un soufflet qui se dégonflerait trop vite faute d'une vraie émulation faite de conviction.

Enfin, tous ces changements sont, pour les professionnels, autant de repères qui disparaissent que de nouveaux à créer, avec ce que cela suppose en terme d'implication personnelle, d'espaces à investir et de rencontres à favoriser. ... Bref, de temps à consacrer !

Cependant, en dépit de ces difficultés, tous ces bouleversements doivent pouvoir représenter pour les décideurs, des opportunités nouvelles à saisir qui permettent de changer les fonctionnements et de modifier les organisations pour une adéquation plus efficiente entre les besoins des patients et les moyens disponibles à l'hôpital dans le contexte actuel de raréfaction des ressources et d'impératif de performance.

Pour le Directeur des Soins, ces opportunités peuvent s'envisager en termes d'objectifs managériaux centrés sur la cohérence institutionnelle. Le questionnement professionnel de cet écrit pourrait se définir ainsi :

**« Afin de garantir la cohérence institutionnelle, dans le cadre d'une organisation par pôle, le Directeur des Soins doit-il mettre en place un management par ou pour la transversalité ? »**

Les différentes hypothèses de départ de ce travail sont les suivantes :

- L'organisation de l'hôpital par pôles d'activité médicale modifie les relations hiérarchiques et fonctionnelles entre le Directeur des Soins, les cadres de pôles et les cadres de proximité.
- Les stratégies de pôle ont un impact sur le management du Directeur des Soins.
- La transversalité au sein de la direction des soins est utile et/ou nécessaire au pôle.
- La transversalité est nécessaire au management du directeur des soins pour une application cohérente du projet de soins au niveau institutionnel.

Ce mémoire professionnel s'articule en trois parties distinctes.

Une première partie, qui définit succinctement, le contexte hospitalier d'aujourd'hui, à partir des éléments significatifs au champ de responsabilité du Directeur des Soins. Ces éléments portent sur le contexte macroéconomique de notre système de santé, ses répercussions au niveau microéconomique et les modifications qu'il impulse dans

l'organisation de l'hôpital en terme de décloisonnement, pilotage médico-économique, Qualité des soins et ses impératifs de management.

Dans un second temps, ce travail décline l'enquête réalisée sur le terrain hospitalier auprès de cadres hospitaliers, médecins, directeurs d'établissement et analyse les données utiles qui ont été recueillies. Cette enquête s'est centrée sur le fonctionnement des professionnels, depuis les nouvelles modalités d'organisation de l'hôpital, leurs attentes et les pistes à explorer pour le Directeur des Soins.

En dernier lieu, ce document expose les préconisations qui semblent pertinentes à la fonction du Directeur des Soins afin d'assurer la cohérence institutionnelle d'un établissement organisé en pôles et cela au regard des attentes des usagers, de l'engagement des professionnels et de la réalité des contraintes médico-économiques.

# 1 Un contexte national en réforme

La dernière réforme de la gouvernance de l'hôpital s'inscrit dans un contexte national de réforme de l'Etat qui vise à *servir une nation ouverte sur le monde*.<sup>3</sup>

L'application depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF)<sup>4</sup> dans les services publics institue une gestion plus démocratique et plus performante, au bénéfice de tous : citoyens, usagers, contribuables et agents de l'État. Outre le renforcement des pouvoirs budgétaires du Parlement, la LOLF met en place un cadre de gestion centré sur **la responsabilisation des gestionnaires et le contrôle de la performance**.

## 1.1 D'une culture de moyens à une culture de résultats

La gestion publique est passée d'une culture de moyens à une culture de résultats. Cela se traduit par l'émergence au sein du système de santé, de nouveaux référentiels d'action comme la Santé Publique et le New Public Management<sup>5</sup> qui traduit l'influence du marché sur l'administration publique.

**Des principes de «corporate governance»<sup>6</sup>** sont appliqués à l'hôpital, avec une séparation des fonctions de décisions et des fonctions de contrôle. Des bonnes pratiques du monde de l'entreprise et du secteur privé, sont adaptées au système de santé en général et à l'hôpital public en particulier *car garantir la « bonne gouvernance » de l'hôpital, c'est faire face aux futurs défis auxquels il sera confronté : le défi de l'équité et de l'accessibilité, le défi de la qualité et de la sécurité des soins, et enfin le défi de l'efficience.*<sup>7</sup>

**L'entreprise décroïsonne les organisations et cible la satisfaction du client** pour gagner en efficience et améliorer sa rentabilité. Très schématiquement, c'est le raisonnement qui est adapté au système de santé en général et à l'hôpital en particulier.

Un décroïsonnement du système de santé est amorcé par les **Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire** (SROS), dits de troisième génération, qui établissent que les

---

<sup>3</sup> Rapport PICQ de 1994

<sup>4</sup> Loi Organique n°2002-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux Lois de Finances

<sup>5</sup> SCHWEYER F.X. EHESP 2008

<sup>6</sup> MORDELET P. Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé EHESP 2006

<sup>7</sup> Ibid.

besoins de santé, présents et à venir, de la population, soient pris en compte sur la base de **territoires de santé** définis par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH).

Ces territoires visent une réelle complémentarité de l'offre de soins avec les objectifs quantifiés par activité y compris les alternatives à l'hospitalisation et les équipements lourds. La réglementation<sup>8</sup> précise que la complémentarité peut s'envisager sous toutes les formes possibles : création, suppression, transformation, regroupement et coopérations d'établissements.

**C'est un découloisonnement territorial** qui est ainsi initié et qui devrait se poursuivre avec la création des **Agences Régionales de Santé (ARS)** chargées des compétences des Agences Régionales de l'Hospitalisation et des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) pour *un pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de santé*<sup>9</sup> avec une vraie complémentarité des offres de soins hospitaliers et de ville, un pilotage conjoint des secteurs sanitaire et médico-social et une orientation affirmée en Santé Publique.

A noter que la **territorialité** et la **Santé Publique** sont deux orientations qui devront irriguer les différents projets d'établissements dont le projet médical et le projet de soins.

Ce découloisonnement s'est traduit à l'hôpital par la mise en place des pôles d'activité médicale et du pilotage médico-administratif.

**Le découloisonnement de l'hôpital** répond, à priori, à un impératif économique, mais un impératif humain<sup>10</sup> justifiait aussi la réforme de l'organisation hospitalière. Cette réforme s'inspire des modalités de gouvernance qui se sont révélées efficaces, à des degrés divers, chez certains de nos voisins européens comme la Suède, l'Espagne ou l'Angleterre.<sup>11</sup>

Cette nouvelle gouvernance vise donc à responsabiliser les professionnels, découloisonner les structures, casser les rigidités, créer des synergies et instaurer des contrats entre les acteurs.

**Le découpage des hôpitaux par pôle d'activité** permet de passer d'une structure pyramidale avec un centre décisionnel éloigné des activités à une structure dont le centre

---

<sup>8</sup> Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

<sup>9</sup> Rapport RITTER (janvier 2008) et rapport BUR (février 2008)

<sup>10</sup> Rapport DEBROSSE, PERRIN, VALLENCIEN, rapport COUANEAU

<sup>11</sup> MORDELET P. Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé EHESP 2006

de décision est au plus proche du malade selon le **principe de subsidiarité**.

**L'implication médico-administrative** de la nouvelle gouvernance associe les praticiens à la gestion de l'établissement comme à la mise en œuvre de ses grandes orientations.<sup>12</sup>

Ainsi, un **Conseil Exécutif** pilote dorénavant l'hôpital et définit de nouveaux périmètres de responsabilité et d'activité.

Les pôles sont placés sous la responsabilité d'un **médecin coordonnateur de pôle**, assisté d'un Cadre Soignant et d'un Cadre Administratif. Ce médecin coordonnateur de pôle a l'autorité sur l'ensemble des personnels du pôle.

**Une démocratie participative est favorisée avec les conseils de pôles.** Constituées de membres de droits et de membres élus, ces nouvelles instances de concertation et d'expression des agents, peuvent être assimilées à « l'empowerment » dans l'entreprise qui est une responsabilisation des salariés afin de créer un environnement favorable à la créativité et à l'expertise. A l'hôpital, il s'agit de transférer davantage d'autorité et de d'autonomie aux équipes qui sont plus à même de répondre aux attentes des patients et aux impératifs de la Qualité. L'impact de ces conseils de pôle sur le dialogue social dans les hôpitaux n'est pas encore connu.

A noter que si l'ordonnance de mai 2005<sup>13</sup> réforme profondément le système hospitalier, elle a aussi pour ambition de donner aux acteurs des hôpitaux publics, les moyens de leur réorganisation. Les maîtres mots de ce texte sont souplesse, reconnaissance et responsabilisation. C'est l'efficience associée à l'implication des gestionnaires qui est attendue.

## **1.2 Une logique d'entreprise adaptée à l'hôpital**

La contractualisation existe dans les hôpitaux depuis les ordonnances Juppé de 1996 qui l'avaient instituée dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé. Elle se poursuit aujourd'hui avec les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), **la contractualisation interne** et la gestion déconcentrée.

C'est la grande innovation de la réforme. Le médecin chef de pôle, assisté du Cadre de Santé et du Cadre Administratif assure des prérogatives en matière de gestion, dans le cadre précis d'**une délégation de gestion** dont le périmètre est défini au sein de chaque établissement.

Cette déconcentration de gestion suscite encore, de la part des professionnels concernés, les réactions spécifiques aux changements. C'est le souhait pour certains médecins de

---

<sup>12</sup> Site Internet C.R.E.E.R.

<sup>13</sup> Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

gérer seul le pôle ou pour d'autres, une certaine frilosité, voire une crainte à engager leur responsabilité dans un domaine qu'ils ne maîtrisent pas, à savoir la gestion économique. L'objectif de la délégation de gestion est de **partager la contrainte de performance** qui pèse sur l'établissement en donnant les moyens aux pôles de s'autoréguler, contrôler leurs dépenses, s'adapter aux évolutions externes et d'assurer des soins innovants et de qualité.<sup>14</sup>

**La satisfaction de l'utilisateur est ciblée dans les démarches Qualité.** La Haute Autorité en Santé (HAS) créée par la loi d'août 2004<sup>15</sup> afin de répondre à l'exigence de satisfaction de l'utilisateur, du patient à l'hôpital vise le maintien d'un système de santé solidaire et le renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients.<sup>16</sup>

A l'hôpital, ses principales missions sont d'une part, de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé et d'autre part d'améliorer la qualité des soins.<sup>17</sup> Dans ce cadre, elle coordonne la mise en œuvre de **la certification des établissements de santé.**

Le management par la Qualité s'appuie sur **l'Unité Fonctionnelle (UF) identifiée comme le plus petit système opérationnel.**<sup>18</sup> C'est à ce niveau qu'est délivré le « produit final » ou le « service final » au patient. Cette identification est déterminante dans une organisation qui privilégie le fonctionnement au plus près du patient, qui le valorise et assure une continuité du management jusqu'à l'équipe de soin et à partir de celle-ci.

A noter que la HAS répond au principe de « corporate governance » qui institue une fonction de contrôle extérieure à la fonction de gestion.

**Un benchmarking généralisé** est prôné et même institutionnalisé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Cette nouvelle organisation de l'hôpital, sans précédent, fait que chaque établissement et chaque responsable est en situation « d'apprendre en marchant » et l'expérience des uns enrichie celle des autres. Cette démarche d'origine anglo-saxonne, « benchmark » signifiant référence en anglais, mesure la performance d'une entreprise, d'un service ou d'une tâche avec d'autres

---

<sup>14</sup> LASCOLS S. La déconcentration de gestion : du contrat aux tableaux de bord EHESP juillet 2008

<sup>15</sup> Loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

<sup>16</sup> Site Internet HAS

<sup>17</sup> *ibid.*

<sup>18</sup> GONNET F. LUCAS S. L'hôpital en question (s) Un diagnostic pour améliorer les relations de travail LAMARRE

structures ayant des résultats remarquables dans des activités semblables. Cette comparaison s'effectue sur l'ensemble des processus (administration, ressources humaines, achats, production...) d'une organisation afin de déterminer et d'utiliser les meilleures pratiques et améliorer ses performances sur la base de mesures qui ont fait leurs preuves.

Cette comparaison s'effectue avec l'assentiment des responsables des entreprises concernées, voire par le biais de cabinets de consultants.

La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) financée par le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)<sup>19</sup> facilite le benchmarking entre différents établissements sur des problématiques spécifiques.

### **1.3 Un risque identifié de balkanisation**

Le concept de « balkanisation » a été, beaucoup utilisé pour tenter de définir brièvement le risque lié à l'organisation en pôles. Ce concept, par son ancrage dans l'histoire a l'avantage d'identifier clairement les effets négatifs de l'émiettement et de l'atomisation des territoires dont la conséquence la plus sérieuse est la multiplication des conflits. Les causes les plus fréquentes de balkanisation sont géographiques, politiques ou culturelles. Ainsi, si le rapprochement fréquent du concept de « balkanisation » à celui de « nouvelle gouvernance » peut sembler un raccourci trop bref, entre l'histoire des civilisations et les sciences humaines. Ce raccourci a cependant l'avantage de souligner que la culture reste un ciment indispensable entre les hommes qu'ils soient de la Grèce antique ou des professionnels de santé !

### **1.4 Un concept de reliance : la transversalité**

La reliance<sup>20</sup> est le lien fonctionnel qui permet les connections entre des acteurs au sein des organisations complexes afin de les orienter vers un objectif commun. Ce lien est assuré par la « transversalité ». Complexe signifiant que l'on ne peut avoir une vision claire de toutes les activités et de leurs interactions.

Le concept de transversalité tant prôné dans la littérature professionnelle est utilisé dans de nombreuses disciplines. En conséquence, il existe autant de définitions de ce terme qu'il existe de disciplines.

En mathématique la transversalité définit l'intersection de sous-espaces ou de sous-variétés.

---

<sup>19</sup> Site Internet de la MeaH

<sup>20</sup> MORIN E. « L'esprit de reliance active l'organisation de la connaissance » Editorial Inter Lettres Chemin faisant n° 35 novembre décembre 2006

Dans les sciences humaines et les sciences sociales, la transversalité vise à relier des groupes d'individus de cultures ou de préoccupations diverses afin de leur permettre d'atteindre ensemble un objectif prédéfini.

La transversalité est intrinsèque au monde du travail. La propre complexité de ses organisations induit aussi les possibilités de rétablir un ordre<sup>21</sup> ou du sens en lui combinant un fonctionnement adapté des professionnels !

De fait, les politiques sanitaires et sociales actuelles, notamment, sont contraintes à l'utilisation de la transversalité pour trois raisons principales : les difficultés propres au contexte (avec la multiplication des contraintes et des obstacles des politiques publiques), le fait que la transversalité soit indispensable car une valeur ajoutée des prochaines années (avec la création dans le système de santé des filières, des réseaux, des partenariats....). Enfin, la transversalité est propre à la culture de projet.<sup>22</sup>

## 1.5 Un management par et pour la transversalité

Le « management » en vieux français était l'affaire du « manageur » c'est à dire de l'économe. Anglicisé par l'économiste Adam SMITH au XVIII<sup>ème</sup> siècle, le management est devenu depuis « *un agir, agir sur l'agir des collaborateurs afin que ceux-ci deviennent aussi efficaces et efficients que possible* ». <sup>23</sup>

La sémantique prend tout son sens aujourd'hui dans le management à l'hôpital dont les objectifs stratégiques visent autant la satisfaction sociale que l'efficience économique.

Un management qui intègre la transversalité vise à favoriser les échanges et l'interdisciplinarité afin d'associer les compétences et d'orienter les efforts vers un objectif précis et gagner ainsi en efficacité voire en efficience.

Dans un objectif de cohérence, le management hospitalier s'envisageant sur trois niveaux<sup>24</sup> alors la prise en compte de la transversalité devrait intervenir sur chacun de ces niveaux afin de gagner en synergie et en pertinence. Ces trois niveaux du management étant :

- un niveau où s'élaborerait les orientations stratégiques ou **finalisation**,
- un niveau intermédiaire de **l'organisation**,
- enfin un niveau de **l'animation** qui permettrait de créer un management situationnel ou contextuel.

---

<sup>21</sup> MORIN E. *Introduction à la pensée complexe*

<sup>22</sup> LAFORCADE M. « *La transversalité des politiques sanitaires et sociales* » EHESP 2008

<sup>23</sup> HEES M. « *Le management : science, art, magie* » SELI ARSLAN 2000

<sup>24</sup> HART J.- LUCAS S., *Management hospitalier Stratégies nouvelles des cadres* LAMARRE 2007

## 1.6 Un management pour la cohérence institutionnelle

La **cohérence** est définie comme l'harmonie entre les différents éléments d'un ensemble,<sup>25</sup> mais aussi comme la solidarité qui se manifeste entre des personnes proches (cohérence des groupes).<sup>26</sup>

En philosophie, la cohérence est définie comme l'absence de contradiction logique.<sup>27</sup>

Au regard de ces deux définitions complémentaires, **la cohérence institutionnelle** pourrait être considérée comme un fonctionnement harmonieux des différents groupes professionnels qui composent l'hôpital, avec des interactions solidaires entre eux.

Ce fonctionnement harmonieux nécessite la mise en place d'un mode de fonctionnement qui établisse un lien entre les différentes structures ou pôles. C'est alors qu'intervient le concept de transversalité.

Si la cohérence institutionnelle est dépendante d'une culture commune, aujourd'hui à l'hôpital organisé en pôles, c'est la culture de la performance qui doit être partagée entre les différents professionnels.

En dépit de la contractualisation interne et de la délégation de gestion qui instituent une « liberté encadrée » des pôles, **l'établissement reste l'entité juridique** qui répond à la **certification** et s'engage sur un budget constitué aujourd'hui par **l'Etat Prévisionnel des Recettes et des dépenses** (EPRD) et soumis à la T2A pour certains.

Dans ce contexte, le management des professionnels contribue à la cohérence de l'institution en ciblant les axes de performances propres à l'établissement pour définir les objectifs à atteindre. Les axes de performances<sup>28</sup> étant :

- la performance économique : résultats économiques et financiers...
- la satisfaction du patient : évaluations par le patient, accessibilité, équité...
- l'efficacité opérationnelle, la qualité des soins : parcours patient, productivité des équipes. A noter que la V 2010 introduit les pratiques exigibles prioritaires.<sup>29</sup>
- les ressources et apprentissages organisationnels : RH, développement des compétences, évaluation du personnel, qualité du management...
- l'efficacité du partenariat : réseaux hôpitaux, HAD, services à domicile, ...

L'objectif d'efficience impose alors un management qui s'appuie sur la collaboration des soignants.

---

<sup>25</sup> Dictionnaire Encarta

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> Ibid.

<sup>28</sup> LASCOLS S. juillet 2008 *La déconcentration de gestion : du contrat aux tableaux de bord* EHESP

<sup>29</sup> Manuel pilote V 2010 HAS

La coopération et la collaboration étant l'application dans le fonctionnement des professionnels du terrain du concept de transversalité.

**La collaboration est indispensable à l'efficience** elle vise à réduire la compétition improductive qui limite la communication entre professionnels et crée des clans. Elle prône le travail en équipes pluridisciplinaires car elle favorise le partage des connaissances et des expertises. Elle favorise la communication en surmontant les frontières structurelles pour faciliter les échanges et atteindre des objectifs communs.

**Les équipes pluridisciplinaires** peuvent être **formelles** (créées pour atteindre des objectifs précis : l'encadrement paramédical, les groupes de travaux transversaux ...), **informelles** (des associations fortuites de salariés permettant d'obtenir des informations en dehors des canaux habituels et constituant un exutoire pour les professionnels qui peuvent parler de leurs problèmes et obtenir de l'aide en dehors des structures habituelles : les sessions de formations continues...). Enfin, des **équipes autonomes** qui associent les caractéristiques des réunions formelles et informelles. Leur efficacité tient au fait qu'elles sont composées de professionnels de services différents, elles sont petites, indépendantes, investies de pouvoir et multifonctionnelles (les différentes commissions et sous commissions de l'hôpital).

**La Commission du Service de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques<sup>30</sup> (CSIRMT)** s'apparente à une équipe formelle, car réglementaire. Présidée par le Coordonnateur Général des Soins (CGS), elle regroupe les professionnels paramédicaux pour une complémentarité et une synergie plus grande de leurs actions. Les prérogatives de cette commission consultative portent sur la politique générale de l'établissement et le SOIN, la qualité, les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) et la recherche.

A noter que, dans le cadre de la coordination des équipes pluriprofessionnelles, la commission LARCHER<sup>31</sup>, valorise la fonction exécutive d'une instance de pilotage de l'hôpital, nommée « Directoire » dotée de compétences larges en matière de gestion, incluant chefs de pôles et Directeur des Soins.

L'enjeu pour le Directeur des Soins aujourd'hui à l'hôpital est indéniablement de générer des liens et de la cohérence entre les acteurs afin de contribuer à l'efficience de l'établissement.

---

<sup>30</sup> Décret 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.

<sup>31</sup> LARCHER G. 2008, Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital

## **2 Une étude de terrain : vécu et attentes des professionnels**

### **2.1 Les établissements concernés**

L'étude sur le terrain a été réalisée dans deux établissements de moyenne importance de la région francilienne dans lesquels j'ai effectué mes stages de la formation de DS.

Le premier établissement est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de 740 lits appartenant à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP/HP) organisé autour de 7 pôles d'activité et qui rassemble des activités médicales et chirurgicales de pointe et de proximité en court séjour pour adultes, un centre universitaire associé à une faculté de médecine et des centres d'enseignement : Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), Institut de Formation d'Aides-Soignants (IFAS) et Ecole de Sages-Femmes.

Le second établissement est un centre hospitalier de référence en psychiatrie et en neurosciences dont les modalités de prise en charge ont évoluées ces dernières années vers une forte diminution des capacités d'accueil en hospitalisation complète (685 lits et places) et un déploiement important de structures extra-hospitalières (22 structures extérieures, 23 familles d'accueil) et ambulatoires. Cet établissement est organisé autour de 7 pôles d'activité.

Le choix de ces établissements pour mes stages et mon étude tenait d'abord à leurs différences importantes en terme de spécialités médicales et au fait que l'un des établissements est rattaché à l'AP/HP et que l'autre est autonome.

Ces différences ont des répercussions fortes sur la culture et le fonctionnement de chaque établissement. Il semblait pertinent de vérifier si ces différences se répercutaient sur le management des Directeurs des Soins.

### **2.2 Le recueil de données**

Le recueil des données s'est appuyé sur une recherche documentaire et une enquête de terrain.

#### **2.2.1 La recherche documentaire**

Cette recherche a porté sur la « documentation grise » (textes réglementaires, rapports relatifs au monde hospitalier et à la sphère publique) sur les ouvrages, les revues professionnelles, les interventions programmées à l'EHESP dans le cadre de la formation de DS ainsi que sur les sites Internet des ministères, agences et associations susceptibles d'enrichir ce travail.

## **2.2.2 L'étude sur le terrain**

Cette étude s'est déroulée en trois temps, de mars à juillet 2008, à partir d'une observation et d'entretiens semi-directifs. Ces entretiens, d'une durée moyenne d'une heure, ont tous été réalisés en "face à face" (sauf pour l'un d'entre eux, réalisé par téléphone) et sur l'engagement de respecter la confidentialité. Au cours des entretiens, l'attention a porté sur le climat de confiance entre interlocuteurs, l'écoute active et la neutralité afin de favoriser l'expression des professionnels.

Le recueil d'informations a été réalisé par prise de notes. Pour une question d'organisation de travail, l'enregistrement numérique a été utilisé pour certains entretiens avec l'accord des personnes interviewées.

## **2.3 La grille d'entretien semi-directif classée par thème**

Les entretiens ont été menés sur la base d'une grille générique d'entretien semi-directif réalisée à partir des thèmes qui semblaient utiles à investiguer afin de vérifier les hypothèses de départ (Cf. Annexe 1). Les questions ont, ensuite, été adaptées aux professionnels interrogés. Les thèmes qui ont fait l'objet d'une investigation sont : les modalités de mise en place des pôles d'activité médicale dans l'établissement, les enjeux de cette nouvelle organisation pour la Direction des Soins, les moyens de coordination et les éléments significatifs du management.

Outre ces quatre thèmes, la grille d'entretien a été enrichie, en cours d'investigation, d'une dernière rubrique intitulée « Conseils ». Cette rubrique a permis de conclure les entretiens par une question ouverte portant sur les conseils que l'interlocuteur pouvait donner à un futur Directeur des Soins.

Les réponses recueillies confirmaient, complétaient ou enrichissaient d'une dimension personnelle les propos de la personne interrogée. Les réponses à cette question ont été d'un intérêt professionnel réel car elles ciblaient spontanément, ce qui semblait prioritaire et les écueils à éviter de la fonction de Directeur des Soins.

### **2.3.1 Les personnes interviewées**

Les personnes interviewées sont toutes des professionnels administratifs, paramédicaux ou médicaux qui exercent ou ont exercé au sein d'établissements hospitaliers. Ces professionnels sont donc, tous, très largement concernés par la mise en place des pôles au sein de leur établissement d'affectation et par les changements qu'elle induit sur leur fonctionnement au quotidien.

Il est remarquable de constater que toutes les personnes rencontrées étaient imprégnées d'une motivation professionnelle réelle et très attentives à répondre aux interrogations de façon pertinente et utile. Cela en dépit des contraintes de temps.

### **2.3.2 Les critères de choix**

Les critères de choix ont d'abord été d'interroger uniquement des professionnels paramédicaux directement concernés par le projet de soins.

Compte tenu de l'évolution de la réflexion et de l'orientation des préconisations envisagées, ce choix a été complété, dans un second temps, par des entretiens de médecins (chefs de pôle, président de CME) et de directeurs d'hôpitaux.

Enfin, à ces entretiens de professionnels d'établissements hospitaliers franciliens, s'est ajouté l'entretien d'une professionnelle extérieure aux terrains de stage. Celle-ci est un DS qui a été Coordonnateur Général des Soins au sein d'un CHU organisé en pôles depuis.....plus d'une dizaine d'années. La pérennité de son vécu professionnel lui ayant permis d'affiner ou de réajuster son management, son discours était essentiel.

## **2.4 Les limites de ce mémoire professionnel**

Ce mémoire tente de comprendre le concept de « transversalité », très utilisé dans la littérature professionnelle, et de le concrétiser dans le cadre des missions d'un Directeur des Soins aujourd'hui, à l'hôpital. Il comporte cependant les limites suivantes :

- Il s'appuie sur des données qualitatives et ne s'apparente pas à un travail de recherche.
- Il constitue une démarche personnelle de « re connaissance » d'un l'hôpital en mutation après une expérience professionnelle d'une dizaine d'années en institut de formation.
- Enfin, les préconisations constituent plutôt des orientations que des objectifs professionnels car, pour des raisons d'affectation provisoire durant toute la formation, elles ne se projettent pas vers un établissement hospitalier précis.

A noter cependant, que ces limites ne dévalorisent pas les bénéfices personnels retirés de cet exercice pédagogique. Ces bénéfices se déclinent en terme de compréhension d'une fonction en transformation, d'identification de pistes de réflexions, de découvertes de nouvelles zones de clarté dans un univers professionnel d'une grande complexité !

### **2.4.1 Les points forts de l'enquête**

- Le choix d'un établissement MCO et d'un établissement psychiatrique, le premier intégré à un grand groupe hospitalier et l'autre pas,
- L'état d'avancement différent des travaux selon l'établissement : conseils de pôle.....

- Des entretiens qui incluent des administratifs, des médicaux et des paramédicaux.
- L'entretien d'une Coordinatrice Générale des Soins avec une expérience professionnelle d'une dizaine d'année dans un CHU organisé en pôles.

#### 2.4.2 Les points de progrès de l'enquête

- Le petit nombre de professionnels interviewés,
- Le choix des cadres de pôle a été réalisé avec les Directeurs des Soins dans un objectif personnel d'efficacité,
- Le petit nombre d'établissements concernés,
- La taille équivalente des deux établissements limite les disparités qui peuvent exister entre un petit établissement et un CHU.

### 2.5 L'analyse des données recueillies

#### 2.5.1 Une analyse thématique des données

La présentation des résultats a été réalisée à partir d'une analyse thématique des entretiens de laquelle ont été extraites les données communes significatives et permettant d'envisager des préconisations utiles à un Directeur des Soins. (Cf. Annexe 2)

A noter que les données des différents professionnels sont traitées conjointement lorsque celles-ci aboutissent à des résultats similaires.

Lorsque des particularités sont constatées, celles-ci sont signalées explicitement.

Les données significatives recueillies sur les différents thèmes sont les suivantes :

#### **Thème 1 : Les pôles d'activité médicale**

Cette rubrique visait à explorer les modalités de mise en place des pôles et de leur encadrement médico-soignant. Les données recueillies montrent que :

- Les modalités de mise en place des pôles diffèrent totalement d'un établissement à l'autre (le calendrier de mise en place des pôles, des conseils de pôle, le regroupement de services pour la constitution des pôles, les critères d'identification des médecins coordonnateurs de pôle....) Toutes les structures et leurs étapes d'élaboration ont été déclinées de façon spécifique selon les établissements.

- Le choix des cadres de santé coordonnateurs de pôle diffère de même, selon l'hôpital. Cependant une constante émerge dans les deux établissements. **C'est la relation avec le chef de pôle qui a été privilégiée au final dans le choix des Cadres de Pôle.**

- L'impact des projets de pôle sur le projet de soins ne se pose pas encore. Cependant les différents acteurs sont conscients que ces différents projets doivent être liés.

Un directeur d'hôpital précise que c'est le projet de soin 2004-2009 qui a nourri les projets de pôle en terme de prise en charge globale du patient (contexte familial, respect de l'autonomie, éducation...) et ajoute qu'à l'avenir cela se fera peut-être dans l'autre sens. Tous les professionnels s'accordent pour dire que le projet de soin n'est pas uniquement infirmier, il doit s'articuler avec le projet médical dans le cadre d'une « Alliance thérapeutique ».

L'analyse de cette rubrique montre que les différences entre les établissements sont en rapport avec la souplesse de la réglementation qui permet les adaptations puisqu'elle précise, les *pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis conformément au projet médical de l'établissement*.<sup>32</sup>

A noter cependant, que ces différences n'ocultent pas les enjeux stratégiques forts relatifs à cette nouvelle organisation. Ces enjeux qui n'étaient pas explorés ont été très perceptibles dans les entretiens : il s'agissait de constituer une organisation la plus judicieuse possible de l'établissement pour un fonctionnement qui réponde aux attentes du territoire de santé (en terme de soins de proximité et de complémentarité) et soit compatible avec le fonctionnement médical et les équipes.

Ce constat est révélateur de l'importance de la dimension humaine de la nouvelle gouvernance. Dimension humaine plus collective qu'individuelle, les problématiques ébauchées sont des problématiques d'équipes ou de groupes professionnels selon leur spécialité.

## **Thème 2 : Les enjeux managériaux pour la Direction des Soins**

Ces enjeux sont déclinés par les professionnels majoritairement sous forme d'action à accomplir.

L'analyse de ces actions permet de les classer selon les trois niveaux du management<sup>33</sup> :

- Niveau stratégique ou **finalisation** : asseoir et valoriser la fonction de cadre coordonnateur de pôle pour un médecin président de CME, faire émerger une culture de pôle, un sentiment d'appartenance ...
- Niveau de **l'organisation** : se recentrer sur les soins, sur l'harmonisation des pratiques, sur la qualité...

---

<sup>32</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

<sup>33</sup> HART J.- LUCAS S. 2007 Management hospitalier Stratégies nouvelles des cadres LAMARRE 2007

- Niveau de **l'animation** : être une personne ressource, un levier de changement et les accompagner, fédérer, mettre de la cohérence, être une aide à la décision ou une passerelle, un soutien, arbitrer, assurer une expertise, coacher....

Un Directeur résume ces propos en situant **l'enjeu de l'hôpital aujourd'hui dans l'ingénierie du fonctionnement et de l'organisation des équipes.**

A noter qu'un cadre coordonnateur de pôle associe la vision globale du DS à la Santé Publique. Cela est conforme aux orientations nationales<sup>34</sup> qui préconisent que la Santé Publique irrigue toutes les politiques publiques et *que les professionnels de santé s'approprient mieux qu'aujourd'hui les objectifs de santé publique et en relaient les actions.*<sup>35</sup>

Les éléments recueillis sous cette rubrique confirment l'importance du management des équipes hospitalières car l'organisation par pôle complexifie le fonctionnement des professionnels hospitaliers et des Cadres de pôle en particulier.

**Les difficultés des cadres de pôles tiennent au fait que la fonction est nouvelle et doit répondre aux exigences de la Qualité et aux impératifs de la rentabilité économique.**

Cela confirme la nécessité d'accompagner les changements dans les équipes de soins et le besoin pour les cadres de pôle de se référer au DS pour des questions d'organisation interne, de management des équipes, d'indicateurs de performance..., de « coaching » ou de soutien personnel.

A noter qu'un directeur au cours de son entretien, émet l'idée que le manager des paramédicaux puisse ne pas être le DS. C'est la question de la plus-value du DS pour assurer le management des paramédicaux dans l'hôpital qui est ainsi posée.

Le choix d'un DS se conçoit à priori sur sa culture soignante et son expérience en organisation hospitalière qui lui garantissent le leadership des équipes soignantes. A terme cette plus-value se mesurera sur les résultats obtenus par l'établissement en terme de certification et d'équilibre budgétaire.

---

<sup>34</sup> BUR Y., Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les Agences Régionales de Santé Assemblée Nationale 2008

<sup>35</sup> Ibid.

### **Thème 3 : La coordination des différents professionnels**

Cette rubrique visait à explorer les moyens de coordination mis en place par les DS depuis l'instauration des pôles.

L'analyse des données montre que **la coordination prioritaire est de créer du lien entre les différents pôles.**

Un cadre coordonnateur de pôle dit que la transversalité contribue à légitimer les pôles.

Sont cités comme moyens de coordination :

- les réunions de travail régulières qui permettent aux cadres de se rencontrer, de se connaître, de travailler ensemble, d'échanger sur les difficultés et leurs solutions. Pour le DS il s'agit de favoriser un « Benchmarking de proximité ».
- les groupes de travail transversaux qui permettent d'établir des dispositions consensuelles au niveau de l'établissement (RH, remplacements...),
- la formation continue,
- la présence des médico-techniques dans les nouvelles instances dont la CSIRMT,
- Le projet Qualité, le pilotage médico-soignant et la contractualisation sont cités également comme éléments significatifs de la coordination dans l'hôpital.

Ces différents moyens de coordination vont donc dans le sens d'une collaboration entre différents professionnels et visent à constituer des équipes formelles (réunions de cadres, groupes de travail transversaux...), informelles (Formation continue...) et autonomes (trios de pôles, différentes commissions...).

D'où l'objectif pour le DS de favoriser la collaboration des professionnels par la constitution d'équipes favorisant production et créativité.

**La communication dans l'établissement est perçue comme une priorité**, par tous les professionnels. La circulation de l'information doit être favorisée. L'Intranet est considéré comme un outil majeur de la transversalité.

A noter que la question qui explorait si d'autres options que la transversalité existeraient en terme de coordination, est restée sans réponse !

### **Thème 4 : Le management**

Cette rubrique explorait les changements survenus dans le management des Directeurs de Soins suite à la mise en place des pôles et les pistes à développer dorénavant.

Les changements sont exprimés en terme de : moins d'informations uniquement descendantes, plus de négociations, l'apparition du concept de partage et de construction.

Cependant un cadre coordonnateur de pôle exprime un risque d'autarcie du pôle générée par l'efficacité et l'intérêt économique au sein de celui-ci. Cette autarcie qui peut s'apparenter au concept de balkanisation est vécue comme un effet négatif.

Dans le même ordre d'idée, un autre cadre coordonnateur de pôle constate que l'organisation par pôle rajoute un étage supplémentaire entre les agents ce qui nécessite **des échanges réguliers et la participation de tous.**

Un directeur signale la nécessité pour l'équipe de direction d'avoir **un lien direct avec les soignants**, que ce lien soit un Directeur des Soins ou un groupe identifié. Ce même directeur juge la **culture soignante indispensable et complémentaire à la culture médicale** dans l'élaboration des projets de l'hôpital.

**Le management est perçu par les professionnels comme permettant d'assurer la cohérence et « faire marcher dans le même sens ».**

Le management de proximité permettrait une uniformisation des techniques au sein des UF : chariot d'urgences, soins d'escarres....

A noter que **l'uniformisation des techniques dans les UF favorise la mobilité des agents** (dynamique souhaitée par le médecin président de CME). La mobilité des agents à l'intérieur d'un pôle facilite les remplacements et limite le recours aux mensualités de remplacement.

La transversalité dans l'hôpital contribue à enrichir les décisions et aplanir les difficultés de fonctionnement.

L'analyse des données recueillies auprès de la CGS ayant l'expérience la plus longue sur les pôles constitue **des préconisations aux trois niveaux du management :**

- **Pour le niveau stratégique :** tirer vers le haut, novateur utile pour le patient, être vigilant aux évolutions, être ouvert et attentif aux changements

- **Pour le niveau de l'organisation :** confier des missions transversales à des Cadres Supérieurs de Santé (GRH, qualité, production de soins, prescriptions, informatisation des plannings, projet de soins, risque infectieux...), optimiser les instances de coordination et les interfaces, l'utilisation d'indicateurs (structures, processus, et résultats), favoriser la mobilité interne. A noter que les missions transversales facilitent le fonctionnement des Cadres de Pôle, alertent sur les dérives et garantissent le fonctionnement de l'établissement

- **Pour le niveau de l'animation :** Fédérer, conseiller, coacher, faire les liens entre les différents acteurs, montrer où sont les ressources, laisser une marge de manœuvre, permettre aux personnes d'exprimer leur originalité ou leur personnalité, mettre en place de nouveaux temps de communication en fonction des thèmes et des besoins.

A noter que cette professionnelle cite la **contractualisation comme un moyen de coordination**. La contractualisation formalise implication des agents et clarifie des attentes des deux parties. Les contrats de pôle intègrent des indicateurs de performance. Des contractualisations peuvent être développées dans le cadre de partenariat à l'extérieur de l'hôpital (instituts de formation, réseaux de soins....).

#### **Les conseils :**

L'analyse des réponses recueillies sous cette rubrique montre que les personnes interviewées ont centré leurs propos sur ce qui leur semblait plus important pour un DS en situation.

La richesse de cette rubrique est qu'elle décline les différents niveaux du management à partir de la dimension personnelle du DS. Ce sont des capacités personnelles à affiner sa stratégie, à se positionner, à s'organiser (carnet de bord) ou à animer qui sont citées.

Le médecin président de CME préconise de faire respecter les valeurs soignantes même avec fermeté.

Un directeur conseille de « bétonner l'organisation soignante » au service de l'efficience.

#### **2.5.2 La concordance entre hypothèses de départ et réponses des professionnels**

L'analyse des données laisse apparaître que selon les thèmes abordés, les confirmations doivent être nuancées.

**Hypothèse n° 1 :** *L'organisation de l'hôpital par pôles d'activité médicale modifie les relations hiérarchiques et fonctionnelles entre le Directeur des Soins, les cadres de pôles et les cadres de proximité.*

Les relations hiérarchiques entre le DS, les Cadres de pôles et les cadres de proximité ne sont pas modifiées. Par contre, les relations fonctionnelles sont différentes. Compte tenu de leurs champs de responsabilité nouveaux, de la délégation de gestion et de la contractualisation, les cadres coordonnateurs de pôle attendent du Directeur des Soins qu'il soit **une personne ressource** pour :

- une harmonisation des pratiques au service de la qualité,
- la gestion des ressources humaines : aide à la décision, délégations de gestion, arbitrage....
- la gestion financière : établir des indicateurs de suivi...
- le management : accompagner les changements, faire émerger une culture de pôle et un sentiment d'appartenance, mettre de la cohérence, asseoir et valoriser la fonction de cadre...

Les relations fonctionnelles entre le DS et les cadres coordonnateurs de pôle s'envisagent dorénavant en terme de « coaching » (aider les cadres à franchir les étapes décisives), expertise, conseil...

**Hypothèse n° 2 :** *Les stratégies de pôle impactent le management du DS.*

La vérification de cette hypothèse n'est pas formelle car l'avancement des projets de pôle n'est pas suffisant pour affirmer qu'ils impactent le projet de soin. Cependant tous les acteurs sont d'accord sur le fait que les différents projets de Pôle et de Soins doivent être associés et complémentaires. Par ailleurs, la synergie entre les différents projets doit fonctionner dans tous les sens pour un enrichissement ou une complémentarité mutuelle de ceux-ci.

A noter que les impératifs calendaires déterminent les contenus des différents projets.

**Hypothèse n° 3 :** *La transversalité au sein de la direction des soins est utile et/ou nécessaire au pôle.*

La transversalité est un outil indispensable à la cohérence institutionnelle car elle seule permet de faire le lien dans une organisation complexe. La transversalité est la collaboration nécessaire au quotidien entre professionnels de cultures, disciplines ou affectations différentes. Cependant, cette collaboration doit porter sur les axes prioritaires, aujourd'hui, dans les pôles : la Qualité, les Ressources Humaines, la gestion financière ou l'efficacité et le management.

**Hypothèse n° 4 :** *La transversalité est nécessaire au management du directeur des soins pour une application cohérente du projet de soins au niveau institutionnel.*

Cette hypothèse est vérifiée. L'analyse des données permet d'étayer les préconisations d'éléments qui confortent la pertinence stratégique de la fonction du DS et son effectivité au sein d'un hôpital découpé par pôles. Le contexte du contrôle de la Qualité et l'impératif d'efficacité lié à la T2A justifient un management par la transversalité qui décloisonne, partage les informations, contribue à une dynamique continue d'évolution de l'établissement.

Le Projet de Soins se conçoit en étroite collaboration avec les médecins chefs de pôles et les projets de pôles via les cadres de pôle, dans un objectif de cohérence et de complémentarité. Il peut s'envisager alors comme un projet de prise en charge du patient pour une action coordonnée pluridisciplinaire ou comme une « alliance thérapeutique ».

Cependant le management du DS se doit d'être opérationnel. Dans un contexte où les différences organisationnelles expliquent en partie les écarts de dépenses entre unités de

soins par unité de prestation et une unité de temps<sup>36</sup>. C'est la raison pour laquelle la transversalité de ce management doit se décliner sur les trois niveaux, stratégique, opérationnel et de l'animation afin de gagner en cohérence.

Par ailleurs, le DS doit être une aide méthodologique au management des cadres coordonnateurs de pôles. Il doit être un soutien, un renfort et un expert. Il investit alors une dimension pédagogique.

Les préconisations inhérentes au management du DS à l'hôpital doivent contribuer, aux grandes orientations de l'action publique que sont la Territorialité, la Santé Publique.

### **2.5.3 Les enjeux pour le Directeur des Soins**

L'hôpital est en « révolution », la difficulté aujourd'hui est peut-être, dans ce contexte en mouvement et en recherche, de concilier ce qui à priori peut sembler inconciliable.

En effet lorsqu'on s'appuie sur les grandes orientations des politiques publiques, lesquelles visent la performance, la satisfaction du client et enfin l'efficacité, cet ancrage pour les soignants de l'hôpital est difficile à concevoir car la « Santé » reste imprégnée de la notion qu'elle n'aurait « pas de prix ».

La nouvelle gouvernance vise à rapprocher des cultures qui parfois se sont opposées, les cultures médicale et administrative, les filières paramédicales avec des rationalités parfois très différentes, les médico-techniques et les soignants... Cette nouvelle gouvernance ne peut exister sur le terrain que dans le cadre d'une complémentarité effective. Elle représente, alors une opportunité à saisir car les grandes lignes directrices sont tracées. Il reste aux responsables à se les approprier, à leur donner du sens, à s'appuyer dessus afin de maintenir le cap attendu de la réforme en les déclinant au sein des pôles jusqu'aux unités opérationnelles que sont les unités fonctionnelles.

---

<sup>36</sup> ESCAFFRE J.P., 2008 *Le Contrôle de Gestion des Unités de Soins Hospitaliers*, ECONOMICA, 215 p

### **3 Des préconisations pour une transversalité opérationnelle du Directeur de Soins**

En dépit de la volonté du législateur de modifier l'organisation générale de l'hôpital et d'initier une synergie entre ses professionnels, la nouvelle gouvernance, du fait de sa complexité propre, porte en elle le risque de morcellement qu'elle est supposée limiter. Néanmoins, elle porte aussi les dispositions permettant de limiter ce risque puisque la transversalité est inscrite dans son système.

En conséquence, c'est aux professionnels de faire vivre ces dispositions réglementaires afin que les établissements gagnent en Qualité et en rentabilité. C'est donc une interprétation opérationnelle qui est en jeu de la part des responsables dont le DS pour lequel, la transversalité est inscrite dans sa fonction de CGS<sup>37</sup>. L'enjeu pour le DS est d'assurer ses missions dans le cadre d'une transversalité opérationnelle qui favorise la collaboration entre les disciplines, les spécialités et les structures.

Dans cet objectif, en référence au cadre sociologique développé en première partie de ce mémoire, c'est une approche qui inscrit patients et professionnels au cœur de l'organisation hospitalière qui est proposée. Une approche qui, dès lors, applique une transversalité effective aux trois niveaux du management du DS, au niveau stratégique de la finalisation, au niveau de l'organisation et enfin à celui de l'animation.<sup>38</sup>

Par ailleurs, afin de répondre aux attentes socio-économiques légitimes de l'institution, cette transversalité visera à décliner les axes prioritaires à l'efficience des pôles soit la Qualité, la Gestion des Ressources Humaines, la gestion financière et les systèmes d'informations.

#### **3.1 La cohérence institutionnelle : un enjeu stratégique**

Le personnel soignant d'un hôpital représente 70% des professionnels de l'établissement et pour la grande majorité d'entre eux, ils sont au service direct du patient.

Si la politique de l'institution est un enjeu de sa cohérence qui se mesure à l'écart entre ce qui est prescrit par un projet d'établissement et ce qui est réalisé dans un contexte hospitalier associant la Qualité et la tarification à l'activité, alors un médiateur est essentiel à la mise en œuvre de la pensée stratégique.

---

<sup>37</sup> décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins

<sup>38</sup> LUCAS S., Les trois niveaux du management Revue Objectif Soins n° 98 août/septembre 2001

### **3.1.1 Un enjeu inscrit dans l'organisation de l'établissement**

C'est cette réalité qui place le DS en situation d'assurer le lien et de donner du sens à une action commune car sa culture soignante favorise son leadership. Cependant seul le Directeur Général de l'Hôpital (DG) peut investir le DS de cette responsabilité. Dans un contexte de contractualisation, une lettre de mission ou une « feuille de route » permet d'explicitier les objectifs à atteindre entre les parties prenantes.

### **3.1.2 Une intelligence stratégique du Directeur des Soins**

Pour le DS, ce rôle de responsables des soignants, impose qu'il soit attentif à mobiliser une « intelligence stratégique »<sup>39</sup> capable de surmonter les corporatismes et les écueils hiérarchiques afin de répondre efficacement aux attentes d'une gestion hospitalière conciliant l'humain et l'économique à l'aune des normes.

### **3.1.3 Le Directeur des Soins au Conseil Exécutif**

Le Conseil Exécutif (CE) de l'hôpital est une instance majeure du management et du pilotage de l'établissement car elle intervient dans les arbitrages, les médiations entre les acteurs et participe à l'efficience par la recherche de l'optimisation des coûts.

Or, à l'hôpital, l'UF est devenue un élément essentiel à l'atteinte des objectifs Qualité et comptables. Le positionnement du DS au CE assure un relais direct entre cette instance et les UF voire les binômes « soignant soigné ».

## **3.2 Une stratégie de transversalité du Directeur de Soins**

### **3.2.1 Une stratégie qui intègre les axes de performance de l'établissement**

**Une stratégie qui cible les axes de performances de l'établissement** suppose que le DS accompagne, soutien, encourage l'encadrement dans l'atteinte d'objectifs identifiés et réalisables. Il aide à franchir les étapes décisives si nécessaire (rôle de coache).

**Une stratégie de projet de prise en charge du patient ou d'alliance thérapeutique** s'appuie sur la réglementation qui définit une convergence médicale, économique et sociale autour d'un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social<sup>40</sup>.

Le DS adapte le projet de soins aux différents besoins des pôles et les axes prioritaires sont établis au regard des axes de performance. Ils peuvent se décliner en terme de mise en œuvre de soins de Qualité adaptés à la personne soignée, prévention et gestion des

---

<sup>39</sup> LUCAS S., Les trois niveaux du management Revue Objectif Soins n° 98 août/septembre 2001

<sup>40</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

risques pour la personne soignée, développement des compétences professionnelles des soignants, développement de l'enseignement, de l'encadrement pédagogique et de la recherche en soins.

**Une stratégie déployée au sein d'un territoire de santé** intègre le contexte environnemental (dimensions sociales, économiques, culturelles et politiques) dont le contexte concurrentiel afin de contribuer à l'inscription efficace de l'établissement dans le territoire de santé.

**Un projet de soin qui intègre la sortie du patient** et lance des passerelles entre l'hôpital et les structures médico-sociales du territoire est souhaitable. Ce continuum hôpital-ville s'inscrit dans une dimension de Santé Publique et contribue à une efficience du Système de Santé car il limite les hospitalisations par défaut de suivi à domicile.

**Une validation par les instances qui produise du sens** contribue à l'appropriation des projets par les professionnels. Le DS veillera à permettre à l'encadrement d'assurer un fonctionnement satisfaisant des Conseils de pôle (ordre du jour, animation des réunions, compte-rendus, ...).

**L'élaboration participative d'un projet de soins** qui s'appuie sur les axes de performances<sup>41</sup> contribue à la cohérence institutionnelle.

**Le projet de soin qui cible le « parcours patient »** identifie une prise en charge coordonnée de l'usager avec une attention particulière sur la fluidité des circuits et des interfaces. Cette démarche s'inscrit dans une approche processus intégrant un enchaînement d'opérations, d'interactions, d'influences et de négociations plus ou moins implicites mais dont le fonctionnement satisfaisant justifie la coordination des soins.

**Un projet de soin opérationnel qui intègre des indicateurs de suivi** dans un plan d'actions doit permettre aux professionnels d'avoir des repères, des références, un cadre pour travailler dans une dynamique de changement. Le plan d'actions intègre des indicateurs de suivi et l'identification des professionnels responsables.

### **3.2.2 L'implication du DS au projet Qualité et à la gestion des risques**

**Un projet Qualité et gestion des risques, est un véritable travail de fond** qui mobilise en continu l'ensemble des professionnels autour de l'objectif commun de mieux travailler ensemble afin d'assurer une prise en charge de qualité des patients.<sup>42</sup>

le DS est complémentaire du Directeur Qualité lequel est garant des procédures. Cette complémentarité opérationnelle se construit sur une connaissance mutuelle des centres de responsabilité de chacun et dans le respect des différences.

---

<sup>41</sup> LASCOLS S. juillet 2008 « La déconcentration de gestion : du contrat aux tableaux de bord » EHESP

**Pour le DS cela implique un soutien de la culture de la traçabilité, des indicateurs,** de la mesure des écarts et de leurs réajustements nécessaires. Cette culture doit être portée par un encadrement de proximité concevant la certification comme une opportunité qui permette de susciter chez les soignants une attention régulière et créer des automatismes professionnels.

**La gestion des risques se conçoit dans une approche systémique** avec un partage de l'information, un échange entre professionnels de secteurs différents sur les difficultés et sur leurs solutions éventuelles afin de construire une connaissance partagée dans l'établissement. Cette politique de gestion des risques impose une procédure institutionnelle de déclaration des événements indésirables connue de tous les professionnels et une gestion effective des fiches de déclaration avec la mise en place d'indicateurs de suivi de l'évolution de ces événements indésirables. Dans ce cadre le DS participe à l'installation d'une culture de gestion des risques qui serait un état d'esprit à renforcer et une vigilance sereine car permanente, documentée et opérationnelle.<sup>43</sup>

A noter que, sa participation aux instances de l'établissement et la participation des paramédicaux aux sous commissions de la CME<sup>44</sup> positionne le DS en situation stratégique pour la circulation de l'information et le choix des priorités à donner à l'action.

### **3.2.3 La collaboration DRH/DS**

Le Directeur des Ressources Humaines (DRH) est le garant des procédures administratives en terme de recrutement, concours, gestion des carrières et de la paie.

Le CGS ou le DS est le manager de compétences professionnelles paramédicales, complémentaires et réglementées au service du soin au patient.

La complémentarité DRH/DS impose une identification préalable et une définition des différentes interfaces (missions transversales de Cadres de Santé pour le recrutement, les remplacements de jour ou de nuit, ...).

**Une collaboration dans l'élaboration du projet social** vise à le concevoir comme un projet pluridisciplinaire et participatif. Un groupe « projet social » et un comité de pilotage peuvent être institués afin d'assurer l'élaboration et le suivi du projet social de l'établissement.<sup>45</sup> La collaboration DS et DRH sur le projet social peut constituer un élément fort du dialogue social dans l'hôpital car il assure l'implication des agents, favorise la participation régulière des organisations syndicales et met l'accent sur

---

<sup>42</sup> Site Internet HAS Rubrique certification des établissements de santé

<sup>43</sup> Site Internet FHF 2006 Cahier spécial « l'établissement de santé en tension »

<sup>44</sup> Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnées au II de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique et modifiant le même code (dispositions réglementaires)

l'information aux instances, Comité Technique d'Etablissement (CTE) et Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). Cette dynamique inclut l'élaboration participative du « Document Unique »<sup>46</sup> et de son actualisation.

**Une collaboration dans la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC)** s'inscrit dans l'élaboration d'une politique concertée qui permette de conjuguer les évolutions en soins, les attentes du patient et l'implication des agents par la motivation. Cette gestion impose l'identification par le DS des compétences utiles et des nouveaux métiers nécessaires à l'évolution des pôles dans une approche prospective, en concertation avec les médecins coordonnateurs de pôles.

Cette GPEC suppose une évaluation des agents qui permette de faire le point sur leur évolution et leurs objectifs de progression.

C'est une dynamique de promotion professionnelle institutionnelle qui est ainsi initiée sur la base de procédures consensuelles permettant d'accompagner les agents dans leur évolution professionnelle (dont les futurs cadres de l'établissement). Les besoins en formation sont pris en compte lors de l'élaboration du plan de formation.

### **3.2.4 L'implication du DS à la gestion financière de l'établissement**

Les résultats économiques sont un des axes de performance de l'établissement. Le DS accompagne les équipes afin de répondre aux exigences d'une comptabilité analytique pondérant la production hospitalière et les charges : définition UF et unités médicales, mouvement des malades, identification des affectations de personnel, suppression des stocks....

### **3.2.5 L'implication du DS au système d'information hospitalier**

Le système d'information est au service de la stratégie de l'hôpital. Il est une aide pour tous les acteurs du système, il favorise la sécurité du patient et contribue à l'efficacité de l'établissement.

Le DS s'implique dans les choix technologiques du fait de leurs impacts sur les tâches soignantes. Il impulse au sein des services de soins une participation de tous à l'évolution indispensable des systèmes d'informations avec une attention particulière sur la sécurité et la fiabilité des données (confidentialité, identification fiable et unique des patients....) mais aussi dans l'évolution des différents outils dont le dossier patient et le dossier de soins (gestion, suivi et évaluation).

---

<sup>45</sup> BARBOT J.M., juillet 2008 Le projet social : l'expérience du Centre Hospitalier de Versailles EHESP

A noter que le plan « hôpital 2012 » met l'accent sur l'informatisation des systèmes hospitaliers qui « *est non seulement une condition à la coordination des soins et à la prise en charge rapide du patient, mais c'est surtout un outil indispensable à la veille et à la sécurité sanitaire, et au renforcement des droits des patients* »<sup>47</sup> et accorde des financements pour la réalisation de cet objectif.

### **3.3 Une transversalité dans son organisation**

Les missions en transversalité assurée par des Cadres de Santé (CS) ou par des Cadres de pôle, sont le plus souvent : la Qualité et la gestion des risques, le dossier de soins, les RH (recrutement, promotion et formation professionnelle, remplacements, vacations dont le Service Infirmier de Compensation et de Suppléance <sup>48</sup>) la recherche en soins, l'accueil et l'encadrement des stagiaires. Ces missions doivent être clairement identifiées.

La transversalité assure l'équité entre les pôles, arbitre les décisions et permet de faire émerger des lignes de conduite consensuelles.

A noter qu'un médecin interrogé dans un établissement, disait attendre du DS qu'il initie la mobilité dans les pôles. Une politique de mobilité interne qui s'appuie sur des règles de fonctionnement consensuelles facilite les remplacements, limite les crédits et contribue à l'efficacité de l'hôpital.

#### **3.3.1 Un organigramme qui assure la transversalité au plus près du patient**

Compte tenu de l'importance de l'UF à l'atteinte des objectifs hospitaliers, l'organigramme vise à positionner auprès du praticien hospitalier de chaque l'UF un CS apte à impulser les changements et à les accompagner. Le CS assure la gestion de l'unité et le suivi de la qualité des soins tout au long du parcours du patient.<sup>49</sup>

L'empowerment (soutenir, faire confiance, communiquer) vise à permettre à l'encadrement de mettre la créativité et l'expertise de son équipe au service de l'établissement.

#### **3.3.2 Une CSIRMT opérationnelle et force de proposition**

La CSIRMT, présidée par le CGS, est une instance pluriprofessionnelle consultée sur l'organisation générale des soins (projet, qualité, recherche), la formation continue, le projet d'établissement, son organisation interne et les évaluations des pratiques professionnelles (EPP), réel levier de changement dans les établissements.

---

<sup>46</sup> Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail

<sup>47</sup> Site C.R.E.E.R. 13 février 2007 Discours de Xavier BERTRAND à l'Institut Pasteur

<sup>48</sup> BISLY M., juillet 2008 Service de Compensation et de Suppléance EHESP

<sup>49</sup> Références du Chapitre 3 du manuel de certification V2 de l'HAS

Pour le DS l'objectif de cette instance est de produire du sens, de permettre aux divergences de s'exprimer afin d'enrichir la réflexion. Une telle dynamique dépend de l'espace défini par le DS et de ses qualités d'animateur à favoriser l'expression et l'implication des membres de la commission. D'où une réelle attention au fonctionnement du bureau, à l'ordre du jour commun avec la CME et le CTE, au respect des horaires, à la gestion des temps de parole sans museler, à l'élaboration et à la diffusion rapide des comptes-rendus et à l'élaboration du rapport d'activité annuel....

Quant à l'animation en elle-même, des méthodes régulent le jeu des influences<sup>50</sup> (résolution de problèmes, méta plan...).

### **3.4 Une transversalité dans son animation**

#### **3.4.1 Une communication au service du management**

L'animation dans le management s'inscrit à la frontière des deux domaines complémentaires et distincts que sont l'organisation et la communication. La majorité des professionnels rencontrés, reconnaît la transversalité comme un outil nécessaire à l'hôpital et notamment dans le cadre de la communication interne. Ils citent la communication comme une priorité car elle induit un levier de changement, participe à la gestion par projet, renforce les synergies entre communication interne et management, participe à l'établissement d'un contrat de confiance entre le DS et les cadres.

#### **3.4.2 Une culture de projet par objectifs généralisée**

Dans un souci de faciliter la participation des agents aux différents projets et de clarifier les modalités de leur évaluation, il est souhaitable de généraliser la formalisation d'objectifs avec l'encadrement de proximité. La méthode a l'avantage de clarifier les attentes, préciser les délais, mesurer les écarts et favoriser l'implication des professionnels. Par ailleurs, cette culture par objectif intégrée aux évaluations des agents identifie ce qui est attendu en terme de progrès à réaliser.

#### **3.4.3 Une micro culture du Benchmarking initiée**

Le DS gagnerait à adapter la culture du Benchmarking entre les unités et entre les différents professionnels par le partage des expériences. C'est favoriser la constitution d'équipes formelles, informelles et/ou autonomes sur des thèmes précis (partages de difficultés et de victoires, organisation de journées cliniques, échanges d'outils), l'organisation de réunions de cadres supérieurs, de cadres de pôles, de cadres d'unités sur des thèmes communs, des sessions de formation continue. Cette culture du

---

<sup>50</sup> HART J.- LUCAS S., Management hospitalier Stratégies nouvelles des cadres LAMARRE 2007

Benchmarking partagée vise à casser les cloisonnements et les rigidités, enrichir les prises de décisions, faciliter l'appropriation des changements, permettre le gain de temps par l'échange des connaissances et des savoirs, susciter l'évolution des organisations. C'est une dynamique au service de l'efficacité de l'établissement.

#### **3.4.4 Une transversalité contractualisée**

**La contractualisation sur des éléments spécifiques au projet de soins** permet de formaliser des objectifs communs de la prise en charge médico-soignante des patients pour une implication et une responsabilisation de tous les acteurs. Ces éléments sont intégrés sur la base d'indicateurs de performance à faire valider par le CE : management des lits (rationalisation des liens entre la réservation des lits et le plateau technique, meilleure gestion de l'aval...), taux d'infection nosocomiale, seuil de traçabilité à atteindre, retours d'enquête de satisfaction du patient (intégrant l'entrée, l'hospitalisation, la sortie, voire l'après sortie...) à faire évoluer....

**La contractualisation peut s'envisager en externe.** Compte tenu des enjeux en terme de RH (recrutement, adéquation des compétences aux techniques hospitalières) il peut être envisagé des conventions entre DS hospitaliers et d'institut sur l'encadrement des étudiants et élèves, leurs évaluations et la participation des équipes hospitalières aux sélections et aux épreuves des diplômes. Ce type de démarche a l'avantage de clarifier des modalités de fonctionnement sur la base des attentes des différentes parties. Elle peut participer à l'efficacité des institutions en facilitant le recrutement de professionnels formés aux attentes de l'établissement.

Par ailleurs, le contexte de réforme des formations à partir de référentiels d'activités et de compétences risque de modifier fortement les modalités d'encadrement des étudiants et des élèves dans un avenir proche. L'implication des professionnels du terrain aux changements peut être soutenue par un partenariat identifié et formalisé entre instituts et établissements.

## Conclusion

Les changements importants intervenus à l'hôpital modifient profondément les organisations et les fonctionnements des professionnels. Un concept de reliance, la transversalité est devenu indispensable à l'émergence et au maintien de la cohérence institutionnelle. C'est la complexité des systèmes qui rend le lien nécessaire à l'efficience. Cependant, si les systèmes complexes intègrent des écueils organisationnels, ils intègrent aussi leurs propres solutions fonctionnelles. C'est aux dirigeants de les faire fonctionner.

Dans les hôpitaux, l'évolution semble devoir se poursuivre vers la surenchère, les disciplines sont plus nombreuses, les techniques plus élaborées, les risques plus fréquents, les patients plus exigeants et les contraintes toujours plus fortes. C'est ce qui rend la transversalité indispensable entre les acteurs.

Par ailleurs, la transversalité s'inscrit également dans l'évolution des Systèmes de Santé car la tendance est à la déconcentration avec les alternatives à l'hospitalisation, le développement des soins à domicile, les prises en charge ambulatoires et les réseaux de santé. Cette dispersion des structures requiert de la coordination.

En réponse à cette évolution qui paraît inéluctable, seule une volonté d'appropriation de la transversalité par les responsables peut la rendre effective et opérationnelle. Pour le Directeur des Soins la transversalité est associée à sa fonction. Intermédiaire privilégiée entre les patients et leurs médecins lorsqu'elle était soignante ou technicienne, aujourd'hui la réglementation la place en position de Coordonnateur Général des Soins. A terme, cependant, il est probable que cette position doive confirmer sa légitimité dans les résultats obtenus par l'établissement.

Enfin, il n'est pas négligeable de constater qu'un management centré sur une transversalité au service de la cohérence institutionnelle peut s'inscrire dans la durée. En effet, la démarche est conforme au concept managérial qui sous-tend la nouvelle version de la certification, la V2010. Ce concept est le modèle de Shortell qui vise à maîtriser quatre axes, le stratégique, le structurel, le technique et le culturel !

---

# Sources et Bibliographie

---

## TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

République Française, Loi Organique n°2002-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux Lois de Finances

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail

République Française, Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

République Française, Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

République Française, Loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Décret 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnées au II de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique et modifiant le même code (dispositions réglementaires)

## **RAPPORTS ET ETUDES**

BOISSELOT P., L'évolution des opinions des français en matière de santé et de protection sociale entre 2000 et 2005. DREES N° 461, janvier 2006

BUR Y., Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les Agences Régionales de Santé Assemblée Nationale 2008

COUANEAU R., Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital Assemblée Nationale 2003

DEBROSSE D., PERRIN A., VALLENCIEN G., Projet Hôpital 2007 : mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale DHOS 2004

LARCHER G., Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, 2008

PICQ J., Rapport de la mission sur les responsabilités et l'organisation de l'Etat 1994

RITTER P., Rapport sur la création des Agences Régionales en Santé (ARS) 2008

## **OUVRAGES**

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1981 *L'acteur et le système* Le SEUIL, 500 p

ESCAFFRE J.P., 2008 *Le Contrôle de Gestion des Unités de Soins Hospitaliers*, ECONOMICA, 215 p

GONNET F., LUCAS S., 2003 *L'hôpital en question(s), un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. LAMARRE, Rueil-Malmaison, 244 p

HART J.- LUCAS S., 2007 *Management hospitalier Stratégies nouvelles des cadres* LAMARRE, 180 p

HEES M., 2000 *Le management : science, art, magie* SELI ARSLAN

MORDELET P., 2006 *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, EHESP, 368 p

MORIN E., 2005 *Introduction à la pensée complexe*, POINT Poche, 158 p

### **ARTICLES**

LUCAS S., août/septembre 2001 « *Les trois niveaux du management* » Objectif Soins n° 98

MORIN E., 1995 « *La stratégie de reliance pour l'intelligence de la complexité.* » Revue Internationale de Systémique vol.9, n° 2, pp. 105-112.

MORIN E., novembre/décembre 2006 « *L'esprit de reliance active l'organisation de la connaissance* » Editorial Inter Lettres Chemin Faisant MCX-APC n° 35

### **COURS**

BARBOT J.M., 2008 *Le projet social : l'expérience du Centre Hospitalier de Versailles*, EHESP

BISLY M., 2008 *Service de Compensation et de Suppléance*, EHESP

CADILHAC X., 2008 *Le bilan social et les tableaux de bord sociaux*, EHESP

LAFORCADE M., 2008 *La transversalité des politiques sanitaires et sociales*, EHESP

LASCOLS S., juillet 2008 *La déconcentration de gestion : du contrat aux tableaux de bord*, EHESP

SCHWEYER F. X., 2008 *Réflexions sociologiques sur les métiers*, EHESP

## **SITES INTERNET**

Collaboration Ressources Echanges d'Expériences en Réseaux ([creer-hopitaux.fr](http://creer-hopitaux.fr))

Dictionnaire Encarta MSN ([fr.ca.encarta.msn.com](http://fr.ca.encarta.msn.com))

Fédération Hospitalière de France ([www.fhf.fr](http://www.fhf.fr))

Haute Autorité en Santé ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)) et ([V2010@has-sante.fr](mailto:V2010@has-sante.fr))

Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers ([www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr))

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Base d'investigation sur le terrain et Grilles d'entretien semi-directif diverses

Annexe 2 : Synthèse thématique des entretiens

## BASE D'INVESTIGATION SUR LE TERRAIN

Hypothèses	Informations à recueillir	Où ? Auprès de qui ?	Mode de recueil
L'organisation de l'hôpital par pôles d'activité modifie les relations hiérarchiques et fonctionnelles entre le Directeur des Soins et les cadres de pôles.	L'organigramme DS avec liaisons hiérarchiques et fonctionnelles. Comment s'est négocié le choix des cadres de pôles ? Les changements notables en terme de relations au sein de la DS avant/après les pôles.	DDS Cadres de pôles	Observation documents et/ou situations Entretiens
La stratégie de pôle impacte le management du DS.	Existe-t-il un projet de pôle ? Quels en sont brièvement les enjeux stratégiques ? Ces enjeux intègrent-ils le projet de soins et : ou le management. Si oui, pourquoi et comment ?	DDS Cadres de pôles	Observation documents et/ou situations Entretiens
La transversalité au sein de la direction des soins est utile et/ou nécessaire au pôle.	Quelles sont les modes de coordination qui existent entre pôles et direction des soins ? Existaient-ils des options différentes ? Quelles sont les raisons qui justifient les options retenues ?	DDS Cadres de pôles	Observation documents et/ou situations Entretiens
La transversalité est nécessaire au management du directeur des soins pour une application cohérente du projet de soins au niveau institutionnel.	Les modalités de management du projet de soins. L'impact de l'organisation polaire sur le projet de soins.(avant/après) La participation des cadres de pôles. au projet de soins (modalité de préparation, suivi, évaluation) Les changements notables avant et après les pôles en terme de management du projet de soins	DDS Cadres de pôles	Observation documents et/ou situations Entretiens

## GRILLE GÉNÉRIQUE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

- 1) Comment s'est fait le choix des cadres de pôle au sein de votre établissement ?
- 2) Quels sont, selon vous, les changements notables en terme de relation entre les cadres (de pôle) et la Direction des Soins (avant /après les pôles) ?
- 3) Comment expliquez-vous ces changements ?
- 4) Existe-t-il un projet de pôle ? Si oui quels en sont brièvement les enjeux stratégiques ?
- 5) Ces enjeux intègrent-ils le projet de soins ? Si oui, pourquoi et comment ?
- 6) Ces enjeux intègrent-ils le management du DS ? Si oui, pourquoi et comment ?
- 7) Quels sont les modes de coordination qui existent entre les pôles et la direction de soins ?
- 8) Existait-il d'autres options possibles ?
- 9) Quelles sont les raisons qui justifient les options retenues ?
- 10) Quelles sont les modalités de management du projet de soins ?
- 11) Quel est l'impact de l'organisation polaire sur le projet de soins ?
- 12) Existe-t-il des différences dans le management du projet de soins, avant et après les pôles ?
- 13) Pourriez-vous me préciser la participation des cadres de pôle au projet de soins ? (Modalités de préparation, suivi et évaluation)

# GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

## DIRECTEURS DES SOINS – CADRES DE POLES

### **Thème 1 : Les pôles d'activité médicale**

- 1) Comment s'est fait le choix des cadres de pôles ?
- 2) Existe-t-il des projets de pôles ?
- 3) Si oui, eux-ci impactent-ils le projet de soins ?
- 4) Quel est l'impact de l'organisation polaire sur le projet de soins ?

### **Thème 2 : Les enjeux pour la Direction des Soins**

- 1) Quels sont selon vous, les enjeux de cette nouvelle organisation par pôles d'activité médicale, pour la Direction des Soins ?
- 2) Pourquoi ?
- 3) Comment y répondre ?

### **Thème 3 : La coordination**

- 1) Quels sont les modes de coordination qui existent entre les pôles et la direction de soins ?
- 2) Existait-il d'autres options possibles ?
- 3) Quelles sont les raisons qui justifient les options retenues ?
- 4) Quelles sont les avantages et inconvénients des options retenues ?

### **Thème 4 :Le management**

- 1) Selon vous, quels sont les changements notables en terme de relations entre les cadres (de pôle) et la Direction des soins (avant/après les pôles)?
- 2) Comment expliquez-vous ces changements ?
- 3) Quelles sont les modalités de management du projet de soins ?
- 4) Existe-t-il des différences dans le management du projet de soins, avant et après les pôles ?
- 5) Pourriez-vous me préciser la participation des cadres de pôle au projet de soins ? (Modalités de préparation, suivi et évaluation)

# GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

## MEDECINS DE POLE PRESIDENT DE CME

### **Thème 1 : Les pôles d'activité médicale**

- 1) Quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients de l'organisation par pôles ?
- 2) Comment s'est fait le choix des cadres de pôles ?
- 3) Existe-t-il des projets de pôles ?
- 4) Si oui, eux-ci impactent-ils le projet de soins ?
- 5) Quel est l'impact de l'organisation polaire sur le projet de soins ?

### **Thème 2 : Les enjeux pour la Direction des Soins**

- 1) Quels sont selon vous, les enjeux de cette nouvelle organisation par pôles d'activité médicale, pour la Direction des Soins ?
- 2) Pourquoi et comment y répondre ?

### **Thème 3 : La coordination**

- 1) Quels sont les modes de coordination qui existent entre les pôles et la direction de soins ?
- 2) Existait-il d'autres options possibles ?
- 3) Quelles sont les raisons qui justifient les options retenues ?
- 4) Quelles sont les avantages et inconvénients des options retenues ?

### **Thème 4 : Le management**

- 1) Selon vous, quels sont les changements notables en terme de relations entre les cadres (de pôle) et la Direction des soins (avant/après les pôles)?
- 2) Comment expliquez-vous ces changements ?
- 3) Quelles sont les modalités de management du projet de soins ?
- 4) Existe-t-il des différences dans le management du projet de soins, avant et après les pôles ?
- 5) Pourriez-vous me préciser la participation des cadres de pôle au projet de soins ? (Modalités de préparation, suivi et évaluation)

Quels conseils me donneriez-vous en tant que futur Directeur des Soins ?

# GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

## DIRECTEURS D'HOPITAUX

### **Thème 1 : Les pôles d'activité médicale**

- 1) Quelle est votre définition du Projet de Soins ?
- 2) Quelles sont selon-vous les articulations possibles entre projet de soins et projets de pôle ?

### **Thème 2 : Les enjeux pour la Direction des Soins**

- 3) Quels sont les enjeux aujourd'hui d'une Direction des Soins ?
- 4) Pourquoi ?

### **Thème 3 : La coordination**

- 5) Quels sont les modes de coordination utiles entre Pôles et Direction de Soins ?
- 6) Quelles sont les raisons qui justifient ces options ?

### **Thème 4 : Le management**

- 7) Quel est l'impact d'une organisation par pôle sur le management du Directeur des Soins ?
- 8) Comment percevez-vous les relations entre Cadres de Pôles et Directeurs des Soins ?
- 9) Qu'attendez-vous aujourd'hui d'un Directeur des Soins ?

### **Conseils**

- 10) Quels conseils donneriez-vous aujourd'hui à un futur Directeur de Soins ?

## Synthèse des entretiens avec des Cadres de Pôle

Thèmes abordés dans le recueil de données	Entretien 1 Cadre de Pôle (MCO)	Entretien 2 Cadre de Pôle (MCO)	Entretien 3 Cadre de Pôle (Psy.)	Entretien 4 Cadre de Pôle (Psy.)
<b><u>Les pôles d'activité médicale</u></b> 1/ Choix des cadres de pôle 2/ Projets de pôle 3/ Impact sur projet de soins 4/ Impact des pôles sur projet de soins	Sur un projet Le projet de soins : non réfléchi, passage obligé, décalage écrit et mise en œuvre. Basé sur projet médical de pôle. Rejoint avec projet Qualité	Sur un avant projet de pôle	CS de pôle est aussi CSS d'un service. Réflexion des CSS de pôle sur la place qu'ils doivent prendre. Projets de pôle en cours d'élaboration. Difficulté de positionnement avec CSS car n'est pas sup. hiérarchique	Consensus mutuel chef de service DS. Notion de richesse partagée dans le pôle et communication +++ . Décloisonnement
<b><u>Les enjeux pour la Direction des Soins</u></b> 1/ Quels sont les enjeux ? 2/ Pourquoi ? 3/ Comment y répondre ?	Comment elle fédère. Cohérence. Vision plus générale = vision de la santé. Personne ressource	Se resituer. Impulse la cohérence. Se recentrer sur le service des soins ? LA Qualité. AP/HP parfois dérive : DS /DRH chargée de recrutements. Harmonisation des pratiques, management de la Q.	DS positionnement stratégique. Indicateurs facilitateurs pour appréhender les changements. Fonction conseil du DS, aide à la décision, et accompagnement des changements.	Emergence d'une culture de pôle et d'un sentiment d'appartenance. DS levier majeur.
<b><u>La coordination</u></b> 1/ Quels sont les modes de coordination ? 2/ Existait-il d'autres options ? 3/ Quelles sont les raisons qui les justifient les options retenues ? 4/ Leurs avantages et inconvénients.	Importance d'une plus grande transversalité qui légitime le pôle. La transversalité permet par les réunions aux cadres de se connaître, à travailler ensemble, s'approprier les difficultés des autres	Réunions régulières : circulation informations, travailler ensemble. CSS force de proposition des travaux transversaux. Autre : Intranet, gestion administrative, groupes de travail...	Groupes de travail, réunions, formations (CSS + C. administratifs + ...)	Grand changement : la coordination avec les médico-tech. Réunions, groupes de travail, formations
<b><u>Le management</u></b> 1/ Changements dans les relations ? 2/ Pourquoi ? 3/ Modalités de management ? 4/ Différence management du projet soins avant/après ? 5/ Participation des cadres ?	- Moins d'info. Descendantes - Délégation de gestion - + de négociations - Concept de partage et construction - Notion d'autarcie, efficacité, intérêt économique	Cohérence : faire marcher dans la même direction. Uniformisation par un management de proximité. Transversalité + fonctionnelle (chariot d'urgence, soins d'escarres...)	La transversalité pour enrichir la décision.	Par la transversalité, des groupes de travail. Rajoute une couche supplémentaire (un interlocuteur supplémentaire) ; Echanges réguliers et participation de tous.
<b><u>conseils</u></b>			Bien connaître le terrain, rencontrer les professionnels, avoir du recul, savoir se distancer, être curieuse, entendre. Avoir du lien avec pers. Stratégiques, avoir confiance en ses collaborateurs + Communication.	Ne pas oublier les médico-techniques. Les intégrer dans les services de soins.

## Synthèse des entretiens avec des Directeurs de Soins

Thèmes abordés dans le recueil de données	Entretien 1 DS	Entretien 2 DS (Hors-stage)	Entretien 2 DS (Hors-stage)	Entretien 3 DS
<b>Les rôles d'activité médicale</b> 1/ Choix des cadres de pôle 2/ Projets de pôle 3/ Impact sur projet de soins 4/ Impact des pôles sur projet de soins	⊗	⊗	Appel à candidature sur la base d'un référentiel. Parfois plusieurs cadres de pôle de façon transitoire. Profil de poste. Niveau. Master. Implication institutionnelle. Projet médico-soignant.	⊗
<b>Les enjeux en la Direction des Soins</b> 1/ Quels sont les enjeux ? 2/ Pourquoi ? 3/ Comment y répondre ? ⊗	⊗	Capacité à s'adapter à un nouveau mode de management. C'est un état d'esprit. Moins centralisateur : faire-faire, fédérer, mutualiser... donner une marge de manœuvre à l'autre. Rendre cohérente une organisation multisite par un cadrage par projet de Soins et d'établissement. DS garant cohérence institutionnelle.	Projet de Soins de prise en charge du patient par une équipe pluriprofessionnelle (Psst, CME, Directeur Qualité, DS) sur la base V1, V2. Approche processus du parcours patient. + Participation active tracée. Enquête attentes soignants et patients (séminaire encadrements supérieur).	Arbitrage. Passerelle. Parcours de carrière. Développement des compétences. Gestion des remplacements.
<b>La coordination</b> 1/ Quels sont les modes de coordination ? 2/ Existait-il d'autres options ? 3/ Quelles sont les raisons qui les justifient. Les options retenues ? 4/ Leurs avantages et inconvénients.	⊗	<b>Coordination flexible et adaptable</b> en fonction des besoins et des acteurs concernés. Gestion par pôle d'annexes.	GRH, locaux, production des soins. Instances de coordination, interfaces DS, CSS, ... avec des niveaux différents pour circulation info. Pilotage médico-soignant. Indicateurs + contractualisation avec les pôles.	Transversalité indispensable. Les CSS-entransversalité facilitent la tâche des CS de pôle. - garantissent le fonctionnement de l'hpt. - alertent sur les demandes anormales (recrutement, effectifs...)
<b>Le management</b> 1/ Changements dans les relations ? 2/ Pourquoi ? 3/ Modalités de management ? 4/ Différence management du projet soins avant/après ? 5/ Participation des cadres ?	⊗	Animation, fédération, conseil et coaching (venir en appui dans le respect de la réglementation, des projets d'établissement et de soins). Importance de définir qui fait quoi et quoi ? Missions transversales : qualité, prescriptions, informatisation des plannings, du projet de soins, risques infectieux....	Suivi de près par des indicateurs (structures, processus, résultats). Des outils communs. Nouveaux temps de communication : selon les thèmes et/ou les besoins. Comment on fait le lien à géométrie variable.	⊗
<b>Conseils</b>	⊗	Faire les liens entre les différents acteurs, montrer où sont les ressources. Lien, cohérence, laisser marge de manœuvre, laisser les personnes exprimer leur originalité, personnalité. Tirer vers le haut, le novateur utile pour le patient, être vigilant aux évolutions, être ouvert, attentif aux changements.	⊗	-- S'accrocher et persévérer. -- Être d'une grande disponibilité : état d'esprit, ouverture, segmentation des projets à suivre. -- Prendre le temps de synthétiser et argumenter sur la base des infos collectées. -- Garder cap Santé Publique. -- Prendre en compte les logiques de pouvoir.

## Synthèse des entretiens avec des Médecins et des Directeurs d'Établissements

Thèmes abordés dans le recueil de données	Entretien 1 Médecin responsable de Pôles	Entretien 2 Président CME	Entretien 3 Directeur Général Établissement MCO	Entretien 4 Directeur Adjoint Établissement Psyc
<b>Les pôles d'activité médicale</b> 1/ Choix des cadres de pôle 2/ Projets de pôle 3/ Impact sur projet de soins 4/ Impact des pôles sur projet de soins	Pré projet en cours d'élaboration au niveau médical Problème des spécificités dans la façon de travailler des différents psychiatres Importance de la méthodologie et du calendrier		Choix CdeP avant projet de pôle Projet de soins 2005-2009 à alimenté les projets de pôle (prise en charge globale des patients, autonomie et complémentarité...) à l'avenir échanges dans l'autre sens <b>Alliance Thérapeutique</b> : Dt être en concertation avec médecins	Pré projet en cours d'élaboration au niveau médical Projet de soin diffère selon le contexte et les acteurs (parfois outil pour affirmer la réalité des soignants) document d'organisation, ré-ingénierie du fonctionnement des équipes
<b>Les enjeux pour la Direction des Soins</b> 1/ Quels sont les enjeux? 2/ Pourquoi? 3/ Comment y répondre? 4/	Centralisation de certains points (remplacements, ...) Rôle moindre avec plus de responsabilités dans les pôles Rôle d'arbitrage (remplacements, affectations...)	<b>Asseoir et valoriser la fonction</b> Cadre	Se centrer sur SOINS, attentes patients, éducation, valeurs, éthique, respect de la personne... Impulser RSI, Qualité, GRH (Nbre + compétences, FC)	Risque du projet de soins: tomber dans les généralités si projets de pôles détaillés Enjeux: Conseils, politique soignante, expertise, stratégie générale en lien avec les pôles: <b>culture et identité</b> soignante
<b>La coordination</b> 1/ Quels sont les modes de coordination? 2/ Existait-il d'autres options? 3/ Quelles sont les raisons qui les justifient les options retenues? 4/ Leurs avantages et inconvénients.	Groupes de travail	Transversalité+++ du fait de la certification (HAS): hygiène, médicaments, confidentialité	Transversalité dans action, projets, recherche, coordination Intérêt du travail en commun	Fixer des règles communes: Qualité, RH, <b>Organisation</b> Garant transversalité (T2A=comparatif entre pôles) et de la solidarité Alliance objective CdeP/équipe de direction
<b>Le management</b> 1/ Changements dans les relations? 2/ Pourquoi? 3/ Modalités de management? 4/ Différence management du projet soins avant/après? 5/ Participation des cadres?	Favoriser la mobilité interne		Relations à construire avec CdeP: soutien (amélioration organisation, management): renfort, expertise... (délégation gestion) Attentes fortes relations individuelles, développement, évaluation/objectifs	La culture soignante permet de surmonter l'individualisme médical car <b>esprit collectif</b> DS permet accès direct du DG avec les soignants
<b>Conseils</b>	Etre attentif aux relations dans les services, avec les médecins les cadres. <b>Bien connaître le terrain, le contexte.</b>	Se faire respecter les valeurs soignantes quitte à les imposer fermement	Expertise transversale+ dim. personnelles (relations indiv. réseaux de soins) Prendre tps d'observer, distance % à ancien rôle (d'autres font à sa place). Rôle pédagogique: transmissions de savoirs, évaluation. Honnêteté envers soi ( <i>Carte de bord</i> )	« <b>Bétonner l'organisation</b> » car organisation hôpital = défi technique pour efficacité