



EHESP

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion : **2008**

Date du Jury : **SEPTEMBRE 2008**

**La participation des soignants à la
valorisation médico-économique des
activités de soins :
un enjeu managérial pour le directeur
des soins.**

Sylvie MARQUET

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui m'ont apporté aide et soutien dans l'élaboration de ce travail, particulièrement toutes celles qui ont accepté de participer aux entretiens ainsi que celles qui m'ont accordé leur confiance:

Monsieur BOIRON, Directeur d'hôpital

Monsieur COUNY, Directeur des ressources humaines

Monsieur BOSCHI, Directeur des affaires financières

Madame FUMERY, Directrice des soins

Monsieur HELLY, Directeur d'hôpital

Madame RICAUX, Cadre supérieur de santé

Mon mari, mes filles et toutes les personnes qui me sont chères.

« Il ne suffit pas de faire, mais de savoir si ce qu'on fait correspond à ce qui devrait être fait dans les meilleures conditions de coûts et de qualité »

David AUTISSIER

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 1 |
| 1 Un contexte en évolution permanente, source d'interrogations | 3 |
| 1.1 L'hôpital en recherche d'efficience..... | 3 |
| 1.1.1 Des dépenses de santé peu maîtrisées malgré une évolution réglementaire constante | 3 |
| 1.1.2 Le plan Hôpital 2007 : une réorganisation structurelle et budgétaire des établissements de santé..... | 4 |
| 1.1.3 Un renforcement de la corrélation entre activités et moyens..... | 5 |
| 1.2 Le constat à partir de l'expérience de terrain | 6 |
| 1.2.1 Qu'est-ce que « valoriser »? | 7 |
| 1.2.2 Un défaut d'exhaustivité persistant..... | 8 |
| 1.2.3 Le changement, facteur de déstabilisation ou de progrès | 9 |
| 1.3 La valorisation des activités, une préoccupation du directeur des soins ... | 10 |
| 1.3.1 L'accompagnement de la nouvelle gouvernance, un enjeu pour le directeur des soins | 10 |
| 1.3.2 La problématique de la valorisation des activités pour le directeur des soins | 11 |
| 1.3.3 La question de départ et les hypothèses de travail..... | 12 |
| 2 La recherche..... | 13 |
| 2.1 La méthodologie de recherche..... | 13 |
| 2.1.1 La délimitation et les objectifs de la recherche | 13 |
| 2.1.2 La phase opérationnelle de la recherche..... | 14 |
| 2.1.3 Les limites de la méthode | 14 |
| 2.2 L'analyse des résultats | 15 |
| 2.2.1 Un regard sur la qualité homogène..... | 15 |
| 2.2.2 La traçabilité, étape clé de la valorisation | 17 |
| 2.2.3 Une communication des résultats à améliorer..... | 19 |
| 2.3 Conclusion de la recherche | 21 |
| 2.3.1 La qualité synonyme d'excellence technique..... | 21 |
| 2.3.2 Une vision du recueil des activités en lien avec la culture d'établissement | 21 |
| 2.3.3 Une politique de communication qui ne favorise pas l'implication des soignants au recueil de données | 22 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3 | Des préconisations pour la fonction de directeur des soins | 23 |
| 3.1 | Le directeur des soins, acteur de la stratégie de l'établissement | 23 |
| 3.1.1 | La nouvelle organisation hospitalière, une opportunité managériale pour le directeur des soins | 23 |
| 3.1.2 | Le directeur des soins, pilote du changement | 24 |
| 3.1.3 | La valorisation des activités, un objectif partagé | 25 |
| 3.2 | La valorisation des soignants, axe de la politique de soins | 26 |
| 3.2.1 | Vers une reconnaissance médico-économique du travail des soignants ? | 26 |
| 3.2.2 | Motiver pour impliquer | 27 |
| 3.2.3 | Communiquer pour impliquer | 28 |
| 3.3 | Améliorer la valorisation des activités soignantes : un défi à relever | 29 |
| 3.3.1 | La dimension stratégique du projet | 29 |
| 3.3.2 | La phase opérationnelle du projet | 30 |
| 3.3.3 | L'évaluation des pratiques professionnelles pour améliorer l'efficacité : un futur souhaité | 31 |
| | Conclusion | 33 |
| | Bibliographie..... | 35 |
| | Liste des annexes..... | I |

Liste des sigles utilisés

| | |
|-------|---|
| ARH | Agence régionale d'hospitalisation |
| CCAM | Classification commune des actes médicaux |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CMA | Comité médico administratif |
| CME | Commission médicale d'établissement |
| ENC | Echelle nationale des coûts |
| EPRD | Etat prévisionnel des recettes et des dépenses |
| DIM | Département d'information médicale |
| GHM | Groupe homogène de malades |
| GHS | Groupe homogène de séjours |
| HAS | Haute autorité de santé |
| IDE | Infirmier(ière) diplômé(e) d'Etat |
| IRMT | Infirmiers, de rééducation et médico-techniques |
| NGAP | Nomenclature générale des actes professionnels |
| OCDE | Organisation de coopération et de développement économiques |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONDAM | Objectif national des dépenses de l'assurance maladie |
| PIB | Produit intérieur brut |
| PMSI | Programme de médicalisation des systèmes d'information |
| SIIPS | Soins infirmiers individualisés à la personne soignée |
| SROS | Schéma régional d'organisation sanitaire |
| T2A | Tarifcation à l'activité |

Introduction

Si le système de santé français est considéré comme l'un des meilleurs au monde (classement OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 2000), il demeure également l'un des plus coûteux. Depuis 1970, les réformes successives, portées par une volonté politique forte, visent à maîtriser l'évolution des dépenses et à réguler le système de santé.

Le plan Hôpital 2007 marque une nouvelle étape dans cette quête. Cette réforme induit des changements importants dans l'organisation hospitalière. La structuration en pôles d'activité et la contractualisation interne ont pour objet la responsabilisation des acteurs et induisent une obligation de résultats. De plus, le passage d'une logique de dépenses à une logique de recettes avec la mise en place de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) provoque un bouleversement culturel. Face à leurs nouvelles obligations, les hôpitaux sont contraints de s'adapter rapidement. Or, il existe un décalage entre les directives gouvernementales et leur application sur le terrain.

La recherche de l'équilibre budgétaire est une priorité pour les hôpitaux qui sont aujourd'hui, majoritairement en déficit. Ce contexte a un impact fort sur leur organisation au quotidien et sur leur devenir. Aussi, la déclinaison opérationnelle et l'effectivité des prérogatives de la réforme sont des enjeux managériaux importants pour les équipes de direction. Le montant des recettes est en lien direct avec la production de soins et la capacité de l'établissement à la recenser. L'organisation du recueil des données d'activité est primordiale.

Parce qu'il est membre de l'équipe de direction et qu'il participe en lien avec le corps médical « à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins »¹, s'interroger, en tant que directeur des soins, sur la place des soignants dans la valorisation des activités et notamment sur leurs difficultés d'appropriation de la dimension médico-économique des soins apparaît indispensable.

L'étude présentée porte sur la participation des soignants à la valorisation médico-économique des activités de soins à l'hôpital. Il s'agit d'analyser quelle est leur implication

¹ Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

dans cette démarche et quels outils ils utilisent. L'objectif est d'avoir un éclairage sur la perception qu'ont les infirmières² de la valorisation des activités auxquelles elles participent. L'étude, menée sur une période courte, ne peut être ni exhaustive ni n'avoir valeur de vérité absolue. C'est une photographie à un moment donné, dans trois établissements hospitaliers, des pratiques soignantes dans ce domaine. Elle pourra nous permettre en tant que directeur des soins d'initier une démarche de compréhension, d'identifier les freins à la mise en place opérationnelle des réformes.

La première partie abordera la prise en compte du contexte et des constats à partir desquels s'est construit notre questionnement. Puis, la seconde partie sera consacrée l'étude réalisée. Enfin, la troisième partie permettra de proposer des préconisations tirées des résultats de la recherche, pour la fonction de directeur de soins, en tant que pilote du changement.

² Lire partout : infirmiers, infirmières

1 Un contexte en évolution permanente, source d'interrogations

1.1 L'hôpital en recherche d'efficience

Le système de santé français est performant mais déficitaire. Selon les sources de l'OCDE (Organisation de Développement et de Coopération Economiques), la part nationale des dépenses de santé est en augmentation et a atteint, en 2001, le seuil de 9,5% du PIB (produit intérieur brut) dont les 45,8% sont imputables aux frais d'hospitalisation.³ Cette progression est générée par l'évolution démographique et des techniques médicales, par la recherche de la qualité et de la sécurité des soins. Dans ce contexte, les gouvernements successifs font de la résorption du déficit du système de santé une de leurs priorités.

1.1.1 Des dépenses de santé peu maîtrisées malgré une évolution réglementaire constante

La problématique de la maîtrise des coûts est un enjeu majeur des réformes hospitalières continues. Tout d'abord, la **loi Boulin du 31 décembre 1970** recentre l'hôpital sur ses seules fonctions sanitaires et met en place une gestion de rationalisation des lits en instituant la carte sanitaire. Puis, la **loi Bérégovoy du 19 janvier 1983** instaure le budget global et le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) dont l'objectif est de déterminer l'activité des établissements de santé pour en moduler l'allocation budgétaire. Toutefois, la dotation globale de financement a renforcé les inégalités préexistantes et incité à la sous-production d'actes. Par la suite, la **loi du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière prévoit l'organisation de l'offre de soins à partir d'une planification sanitaire qualitative. Elle introduit les notions de qualité et d'efficience dans les soins (art 710-4) en lien avec l'évaluation des pratiques professionnelles. Le PMSI devient un instrument d'allocations de ressources (circulaire du 16 septembre 1991).⁴ En 1996, dans le prolongement de la réforme de 1991, les **ordonnances Juppé** du 24 avril, renforcent les obligations de qualité des soins et de maîtrise des dépenses avec la création des ARH (agence régionale d'hospitalisation) et l'institution d'une

³ Documentation française, Quelles sont les différentes dépenses de santé ?, site Internet <http://www.vie-public.fr>, consulté le 5 mai 08

⁴ Circulaire DH/PMSI n°56 du 16 septembre 1991 relative aux relations conventionnelles entre les représentants de l'Etat et les établissements hospitaliers

contractualisation via les contrats d'objectifs et de moyens pour réguler, au niveau régional, le système hospitalier. En parallèle, le parlement vote chaque année l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui définit les prévisions de dépenses de santé. Le **Plan Hôpital 2007**, accompagné d'une nouvelle réglementation s'inscrit dans la même lignée. L'amélioration de la qualité des soins, l'accroissement de l'efficacité de la prise en charge, une meilleure utilisation des ressources et la garantie de l'accès aux soins⁵ en sont les fondements. Dans son discours du 13 février 2007⁶, Monsieur le Ministre de la Santé a réaffirmé la nécessité d'une « recherche de la maîtrise des coûts » et de la « montée en charge des réformes » pour y parvenir. Le 10 avril 2008, lors de la remise du rapport Larcher à l'Élysée, le Président de la République a soutenu la nécessité des restructurations institutionnelles et d'une nouvelle réforme hospitalière prévue pour l'automne 2008.

Ainsi, depuis les années 1970, l'hôpital est en mutation et subit des changements en permanence. Il est contraint de s'adapter aux évolutions du contexte sociétal, populationnel et économique. Le plan hôpital 2007 marque une étape importante dans ce processus.

1.1.2 Le plan Hôpital 2007 : une réorganisation structurelle et budgétaire des établissements de santé

L'objectif de la nouvelle gouvernance est de lutter contre les cloisonnements et les rigidités à l'hôpital. L'ordonnance n° 2005-46 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé introduit de nouvelles modalités d'organisation structurelle et budgétaire.

La structuration en pôles d'activité, dirigés par un médecin coordinateur assisté d'un cadre de santé et d'un cadre administratif, vise à responsabiliser l'ensemble des acteurs. Le conseil de pôle, instance composée de membres élus issus du terrain, participe à l'élaboration du projet du pôle, de son rapport d'activité et de son contrat interne passé avec la direction. Ce dernier est l'outil organisationnel du pôle. Il « définit les objectifs d'activité, de qualité, financier, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion ainsi que les

⁵ www.sante.gouv.fr/c.r.e.e.r.Hopital2007, visité le 15 février 2007

⁶ Discours de M X BÉRTRAND, Ministre de la santé et des Solidarités, à la Conférence nationale sur l'investissement hospitalier du Plan Hôpital 2007 au Plan Hôpital 2012, le 13 février 2007

conséquences en cas d'inexécution du contrat. »⁷ La nouvelle gouvernance induit donc une obligation de résultats.

Ce changement s'accompagne d'une modification du mode de financement des établissements de santé pour mieux utiliser les ressources. La mise en place de l'EPRD est un bouleversement culturel. Hier, le niveau de dépenses conditionnait les recettes et les activités. Aujourd'hui, le raisonnement est inversé. Du volume d'activités va dépendre le montant des recettes donnant aux établissements leur capacité de dépenses et donc leur disponibilité de moyens. Le passage à 100% de la tarification à l'activité (T2A) en janvier 2008 alors qu'il était initialement prévu une montée en charge progressive jusqu'en 2012, montre la volonté politique forte d'accélérer le processus des changements. Les objectifs de la T2A sont de parvenir à une plus grande médicalisation du financement, une responsabilisation des acteurs, une équité de traitements entre établissements, une accélération de la recomposition du paysage hospitalier par un renforcement des coopérations publiques privés et une gestion transparente par le développement d'outils de pilotage médico-économique et qualitatifs. Cependant, la difficulté pour l'hôpital est d'allier une gestion d'entreprise et l'obligation de service publique. La variabilité du taux des MIGAC (mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) en fait une ressource incertaine obligeant les établissements à développer une vision prospective de leur activité pour définir le montant prévisionnel de leurs recettes.

Ainsi, la T2A vise à réduire les inégalités de ressources entre établissements en les incitant à la productivité. « Elle consiste à financer les hôpitaux sur la base de leur activité réelle. A chaque acte, chaque pratique, chaque type de soin correspond un tarif : le financement des hôpitaux publics dépendra désormais du nombre d'actes pratiqués et du tarif de ces derniers »⁸, définis dans le respect de l'ONDAM.

1.1.3 Un renforcement de la corrélation entre activités et moyens

Ce contexte évolutif impose aux hôpitaux d'être réactifs. Dans leur fonctionnement au quotidien, ils doivent s'approprier la nouvelle approche de la campagne budgétaire, organiser la saisie (idéalement en temps réel) de l'activité réalisée avec une transmission mensuelle aux tutelles (et prochainement au fil de l'eau), accroître le niveau de précision

⁷ Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière, 31-1.3.1, DHOS, janvier 2007

⁸ HOLCMAN R, La fin de l'hôpital public ?, p 70

dans le calcul des dépenses et prendre en compte l'impact qualitatif des prestations délivrées.

Pour valoriser l'activité de soins, l'hôpital dispose de trois outils : le PMSI, la CCAM (classification commune des actes médicaux) et la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels). Le PMSI permet une approche globale basée sur les pathologies et les modes de prises en charge (répartition en GHM : groupe homogène de malades). La CCAM valorise les actes médicaux et la NGAP est utilisée pour tous les actes professionnels non définis dans la CCAM. Le volume de recettes d'un établissement est en étroite corrélation avec sa capacité à recenser de l'activité en qualité et en quantité.

« Dès lors que les recettes des hôpitaux sont assurés par les « gains » tirés de leur activité, ils sont incités à minorer les dépenses occasionnées par les actes producteurs de ces recettes. »⁹ En effet, l'hôpital étant en recherche d'équilibre budgétaire, il va être amené à réfléchir sur le coût des moyens (humain, matériel et structurel) mis en œuvre au cours d'un séjour au regard de ce qu'il rapporte. Le prix des séjours est estimé grâce à des outils tels la comptabilité analytique. L'échelle nationale des coûts (ENC), quant à elle va favoriser « la régulation du système hospitalier en ce qu'elle permettra d'éclairer des choix stratégiques, [c'est] un outil pour les établissements de santé qui peuvent comparer leur situation aux résultats de l'ENC et ainsi améliorer leur système de gestion interne. »¹⁰ Cette démarche induit un questionnement sur les pratiques professionnelles en termes de d'activités, de modalités de prise en soin ou d'organisation dans une recherche d'efficience.

Les recettes et les dépenses sont étroitement liées et en interaction. La valorisation des activités, axe de ce travail, est un élément essentiel dans le nouveau système budgétaire.

1.2 Le constat à partir de l'expérience de terrain

Exerçant des fonctions de cadre médico-technique dans un centre hospitalier, nous avons pu observer l'accompagnement de ce changement par la direction. Des réunions itératives ont été organisées pour expliquer au corps médical, à l'encadrement soignant et

⁹ Ibidem

¹⁰ A PODEUR, préface du guide de l'ENC à méthodologie commune MCO

aux secrétaires médicales, l'impact de la réforme sur l'organisation et l'importance de la valorisation médico-économique dans le financement de l'hôpital afin d'en favoriser l'appropriation par les acteurs. Aussi, il nous paraît important avant toute chose de définir ce que nous entendons par valoriser.

1.2.1 Qu'est-ce que « valoriser » ?

Selon, le dictionnaire le Petit Robert (2006), le verbe *valoriser* signifie « donner de la valeur à quelque chose ou quelqu'un ».

La *valeur* peut être définie suivant deux approches différentes l'une objective et l'autre subjective. Il y a « ceux pour qui la valeur a une existence objective et à ce titre peut être déterminée. Le raisonnement aboutit au principe : un objet vaut ce qu'il coûte et à cet égard, la technique comptable est compétente suprêmement : elle indiquera par addition des composants du coût (matière première, frais généraux, salaires, etc....) ce qu'est la valeur, ce que vaut le produit.[...] La théorie subjective prétend que la valeur préexiste au coût, la valeur n'existe pas en soi, elle ne préexiste pas à l'opinion que les individus se font d'elle. »¹¹

La première approche renvoie à des critères économiques. C'est sous cet aspect qu'est abordée la valorisation des activités dans ce travail. L'emploi d'outils médico-économiques va objectiver quantitativement et qualitativement les activités. Le PMSI permet de valoriser de façon globale une prise en soins effectuée par l'équipe médico-soignante. Chaque pathologie prise en charge en hospitalisation est groupée dans un GHM et correspond à un tarif, le GHS (groupe homogène de séjour). La transmission des données du PMSI à la tutelle est une obligation pour les établissements de santé. D'autres outils tels ceux évaluant la charge en soin, d'utilisation facultative évaluent la contribution des soignants, aux prises en soins. Basés sur des mesures de temps passé, ils permettent la reconnaissance de l'activité soignante.

La seconde approche fait référence à un concept culturel et éthique. La valeur est alors une notion subjective en lien avec la culture professionnelle, basée sur une histoire construite au fil des ans avec le développement de concepts humanistes tels le respect et la bienveillance. Il s'agit d'une approche comportementale ou relationnelle. Nous pouvons

¹¹ Dictionnaire encyclopédique et social, 1990, Définition du mot « valeur », 2^{ème} édition, Paris

citer, à titre d'exemple, la valorisation d'un professionnel qui s'établit en termes de reconnaissance par des signes d'estime, de gratitude mais qui n'aura pas forcément d'impact pécuniaire. C'est une approche dans le champ des relations humaines.

1.2.2 Un défaut d'exhaustivité persistant

L'établissement où nous exerçons, a opté pour un recueil de données par les acteurs de terrain, suivant le postulat que celui qui réalise un acte est le plus à même de le coder. Cependant, il existe un décalage entre l'activité valorisée et l'activité réellement constatée dans les services. Une réflexion institutionnelle a été menée pour rechercher les causes de ce dysfonctionnement qui entraîne un manque à gagner pour l'établissement. Plusieurs ont été identifiés parmi lesquels le recueil des actes.

Si la production des actes repose principalement sur l'activité médicale, les paramédicaux y contribuent pour une grande part. Ceci nous amène à nous interroger sur la place des paramédicaux dans la valorisation de l'activité. De plus, nous avons constaté que la participation des paramédicaux est hétérogène et fonction des services.

Dans les services médico-techniques tels les services d'imagerie, cette activité est réalisée quasi systématiquement. Elle est intégrée dans les pratiques qui relèvent d'un rôle prescrit et collaboratif. Le développement des systèmes informatiques dans ces services, facilite l'exhaustivité du recueil de l'activité. Concernant cette tâche qui préexistait, la réforme n'a pas apporté de changement important dans les pratiques habituelles des manipulateurs en électroradiologie médicale.

Dans les services de soins, la valorisation des actes est souvent vécue comme un travail supplémentaire qui s'ajoute à la charge quotidienne. Il est possible de retrouver des informations dans les dossiers de soins, de façon disparate. Le codage des actes délégués et réalisés par les infirmières est partiel. Un outil de recueil synthétique a été mis en place mais sous utilisé. Ce constat interroge sur les freins à la participation des infirmières à la valorisation des activités. Cette question est d'autant plus prégnante que, face à la pénurie médicale prévue dans les années à venir et aux expérimentations des délégations d'actes (rapport BERLAN), les paramédicaux vont être amenés à réaliser de plus en plus d'actes médicaux par délégation et donc accroître leur participation à la valorisation des actes.

Ces évolutions du contexte hospitalier obligent les personnels à adapter leurs pratiques en permanence ce qui peut être source d'émulation ou de freins.

1.2.3 Le changement, facteur de déstabilisation ou de progrès

La notion changement renvoie au fait de rendre différent, de transformer.¹² Les réformes visent à introduire des modifications en profondeur du système hospitalier.

Les mises en place de réformes sont des périodes délicates pendant lesquelles s'installe un climat d'instabilité et d'insécurité pour les équipes. Les bouleversements qu'elles génèrent, entraînent une perte de repères voire une modification des valeurs professionnelles pour les agents. Un temps assez long est nécessaire à leur appropriation. Or, nous l'avons vu plus haut, les réformes hospitalières se succèdent depuis trente ans, rendant difficile leur intégration par les agents. « Face à l'annonce d'une réforme, [les croyances] sont susceptibles de provoquer ou de raviver des peurs qui elles-mêmes, stimuleront ou renforceront les résistances au changement. »¹³ Selon P. Winicki, il existe quatre types de croyances en lien avec le questionnement suivant : Pourquoi changer ? Que se passera-t-il si les acteurs ne changent rien ? Le changement est-il vraiment efficace ? Quel est le ratio bénéfice-coût pour les professionnels ? La réussite d'une réforme et l'application de nouvelles règles est conditionnée par le gain que les personnels pensent en retirer. Cette période peut donc être ressentie aussi bien telle une perte que telle une opportunité. En effet, le changement peut également être vécu comme une chance pour sortir de la routine et évoluer dans les pratiques. La qualité et la maîtrise des dépenses de santé sont deux axes essentiels de la réforme hospitalière. Elles impliquent une évolution du regard sur la qualité des soins, il s'agit d'offrir aux patients des soins de qualité correspondant à leurs besoins dans un souci d'efficience dont l'efficacité peut être mesurée par l'évaluation du service médical rendu. La sur qualité est dans cette perspective autant à faire diminuer que la sous qualité.

Les réformes successives sont des changements importants qui modifient le rapport au temps. Le temps nécessaire à leur appropriation par les équipes de terrain est raccourci. Aussi, la déclinaison opérationnelle d'une réforme est un enjeu important pour les dirigeants dont fait partie le directeur des soins.

¹² D'après le dictionnaire Le petit Larousse, édition 2005

¹³ WINICKI P, Réussir une réforme publique, p85

1.3 La valorisation des activités, une préoccupation du directeur des soins

1.3.1 L'accompagnement de la nouvelle gouvernance, un enjeu pour le directeur des soins

Une plus grande implication des acteurs de terrain est un des objectifs recherchés par le plan Hôpital 2007. Le décret 2002-550 du 19 avril 2002 précise que « le directeur des soins participe avec le corps médical et l'encadrement administratif à la conception, l'organisation et l'évolution des activités de soins ; il coordonne et met en œuvre des activités de soins ; il détermine une politique des évaluations des pratiques professionnelles. » La réglementation positionne le directeur des soins à un niveau stratégique.

Avec la nouvelle gouvernance, les missions du directeur des soins évoluent. La fonction hiérarchique pyramidale est moins prégnante, s'estompe au profit d'un rôle de coordination de l'ensemble des acteurs paramédicaux. Le directeur des soins est garant de la cohésion, de la cohérence institutionnelle et du principe de solidarité au sein de l'institution. Il veille « à la cohérence du projet de soins institutionnel dans la perspective de mise en place des pôles. »¹⁴ Le directeur des soins est le responsable hiérarchique des cadres de santé dont le rôle d'animation et de gestion a été renforcé par la réforme avec la mise en place de la contractualisation interne et du principe de subsidiarité. Membre de l'équipe de direction, le directeur de soins est impliqué dans le suivi financier de l'établissement. Il pilote l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de soins qui prend en compte les nouvelles contraintes budgétaires. De plus, il « participe à une rigueur de gestion pour réduire les coûts, il cherche à optimiser les moyens humains et doit argumenter leur répartition ainsi que toute demande d'effectifs supplémentaires. »¹⁵ La recherche de la qualité et de l'efficacité dans les soins est au cœur de la réforme et représente un objectif important dans le management du service de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (IRMT).

Ainsi, l'accompagnement et la déclinaison opérationnelle de la réforme constituent un enjeu fort pour le directeur des soins. La valorisation des activités est un des éléments qui

¹⁴ www.sante.gouv.fr/C.R.E.E.R.Hôpital2007, consulté le 15 février 2008

¹⁵ GASTE MC, Les indicateurs qualités en soins infirmiers : outils de management stratégique pour un directeur de soins, mythe ou réalité ?, p5

va entrer dans l'analyse des pratiques professionnelles et contribuer à l'amélioration de la qualité des soins.

1.3.2 La problématique de la valorisation des activités pour le directeur des soins

La participation des soignants à la valorisation des activités est donc au centre des préoccupations du directeur des soins. L'exhaustivité et la qualité du relevé des actes sont déterminantes dans l'évaluation des pratiques. Elles permettent de les analyser et d'impulser une réflexion sur la performance des prises en charge. Selon D. Autissier, « la performance est définie en termes d'efficience et d'efficacité : est réputée comme performante une activité qui réalise au moindre coût (efficience) les objectifs stratégiques qui lui sont associés (efficacité). »¹⁶

Les enjeux autour de la problématique des financements nous amènent aux interrogations suivantes :

Les établissements hospitaliers sont-ils suffisamment préparés à cette mutation ? « La culture du résultat est-elle compatible avec les enjeux de la santé ? »¹⁷ Comment vont s'interfacer les différentes logiques administrative, médicale et soignante ? Comment développer une politique de prise en soins globale prenant en compte ses trois dimensions ? Si la notion de travail pluriprofessionnel et le partenariat sont mis en avant dans les nouvelles organisations hospitalières, quand est-il en réalité ? N'assistons-nous pas à une juxtaposition de logiques différentes plutôt qu'à une réelle volonté de collaboration ? Qu'est-ce que chaque protagoniste est en mesure de partager ? Travailler en collaboration, revoir les organisations, n'est-ce pas accepter de remettre en cause le jeu des acteurs en termes de pouvoir et de zone d'incertitudes tel que décrit par Michel Crozier ? Comment le directeur des soins va-t-il concilier des enjeux de maîtrise des dépenses dans les services de soins avec les enjeux de la qualité et de la sécurité des soins pour la personne soignée ? Enfin comment le directeur des soins peut-il arrêter des organisations sur la base d'un relevé d'activités non exhaustif ? Aussi, quel management, quelle communication devra-t-il mettre en place pour favoriser l'implication des soignants dans la valorisation des activités ? Quels vont en être les freins ?

¹⁶ AUTISSIER D, Mesurer la performance du contrôle de gestion, p 47

¹⁷ COUTY E, revue Les cahiers hospitaliers, février 2006, p 10

1.3.3 La question de départ et les hypothèses de travail

A partir du constat de départ et de notre questionnement, nous avons pu identifier la complexité de la problématique de la valorisation des activités à l'hôpital, telle l'interdépendance des recettes et des dépenses ou la multiplicité des participants et la place de chacun d'eux dans la prise en soin. Notre intérêt s'est porté sur les pratiques soignantes concernant leur participation à la valorisation médico-économique des activités auxquelles ils collaborent.

Notre cheminement nous conduit à la **question de départ** suivante :

Pourquoi les soignants rencontrent des difficultés à s'approprier la dimension médico-économique des activités de soins imposée par la législation ?

En tenant compte des éléments contextuels et de notre expérience professionnelle, nous émettons trois hypothèses.

Hypothèse 1

La représentation des soignants d'un soin de qualité est un soin d'excellence technique, centré sur le patient.

Hypothèse 2

Les soignants considèrent le recueil des activités comme un acte administratif n'entrant pas dans leur champ de compétences.

Hypothèse 3

Les soignants ont une méconnaissance des finalités des recueils auxquels ils participent.

Le travail de recherche présentée dans la seconde partie a pour but de vérifier les trois hypothèses énoncées ci-dessus, afin de proposer dans la dernière partie, des préconisations permettant au directeur de soins de conduire une politique facilitant l'appropriation des réformes par les équipes paramédicales.

2 La recherche

2.1 La méthodologie de recherche

2.1.1 La délimitation et les objectifs de la recherche

- Délimitation du champ de la recherche

L'étude porte sur la participation des soignants à la valorisation médico-économique des activités de médecine chirurgie obstétrique (MCO). La valorisation médico-économique sera abordée suivant deux champs, les recettes et les dépenses. Il s'agit donc d'identifier la contribution des soignants, d'une part, à la valorisation financière en termes de recettes concernant les actes ou activités qu'ils pratiquent, et d'autre part, à l'utilisation d'outils d'évaluation de la charge en soins dans l'estimation des coûts de production des soins.

- Les objectifs de la recherche

Ce travail a pour objectif de recueillir des informations relatives :

- à la représentation des soignants d'un soin de qualité pour l'hypothèse : « la représentation des soignants d'un soin de qualité est un soin d'excellence technique, centré sur le patient »
- aux modalités de valorisation de l'activité, (quels sont les outils, qui les utilisent, comment et pourquoi ?), à la place donnée à la valorisation des actes dans le travail des soignants, pour l'hypothèse : « les soignants considèrent le recueil des activités comme un acte administratif n'entrant pas dans leur champ de compétences ».
- à ce que savent les soignants des finalités du recueil des données auquel ils participent et au retour d'informations qu'ils en ont pour l'hypothèse : « Les soignants ont une méconnaissance des finalités des recueils de données auxquels ils participent. »

2.1.2 La phase opérationnelle de la recherche

Le travail d'investigation a été mené à l'occasion de stages de formation dans deux centres hospitaliers universitaires (CHU) identifiés en CH1 et CH2, ainsi que dans un centre hospitalier similaire à notre établissement d'origine, le CH3.¹⁸

La méthode d'investigation retenue est l'entretien semi directif afin d'analyser les représentations des professionnels. En effet, «l'entretien semi-directif, ou semi dirigé, est certainement le plus utilisé en recherche sociale. Il est semi-directif dans ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un nombre de questions précises. »¹⁹ Une grille²⁰ a été élaborée par catégorie professionnelle interviewée pour guider les entretiens. Seize entretiens ont été réalisés sur les trois sites. Les personnes interrogées sont des directeurs de soins, des cadres administratifs, de cadres de santé (supérieurs, de pôle et de proximité) ainsi que des infirmières (IDE).²¹ Ce panel permet d'avoir une vision globale de la ligne hiérarchique de l'organisation de la valorisation des activités effectuée par des soignants. La plupart des entretiens ont été enregistrés avec une prise de notes associée, la reformulation a été privilégiée pour favoriser l'expression des interviewés. Ils ont été retranscrits dans leur intégralité puis regroupés par thème et par catégorie socioprofessionnelle²² pour l'analyse.

Cette méthodologie a été complétée par des observations regroupées dans un « journal de bord », lors des stages de formation.

2.1.3 Les limites de la méthode

La recherche sur le terrain a été effectuée entre mars et juin 2008, soit sur une période relativement courte. Le temps imparti a nécessité de délimiter le champ du travail et n'a pas permis de rencontrer plus de professionnels, ni d'inclure d'autres sites dans l'étude. Des entretiens réalisés auprès de médecins de services des soins et de services d'information médicale auraient permis d'enrichir l'analyse.

¹⁸ Cf. document en annexe I

¹⁹ R QUIVY, L VAN CAMPENHOUDT, Manuel de recherche en sciences sociales, p195

²⁰ Cf. document en annexe II

²¹ Cf. document en annexe III

²² Cf. document en annexe IV

Il existe des disparités entre les établissements qui sont fonction de l'avancée de la mise en place des pôles et des organisations du recueil. Ces différences n'interfèrent pas dans l'étude, tous les hôpitaux étant soumis aux mêmes obligations budgétaires.

Au moment des entretiens, la structuration du CH3 en pôles d'activités était en cours de réflexion. La fonction de cadre administratif de pôle n'est donc pas en place dans cet établissement. Par ailleurs, il n'a pas été possible de rencontrer de cadre administratif ayant en charge le suivi de la valorisation des activités de soins. Aussi, le médecin du département d'information médicale (DIM) a été sollicité pour des précisions sur l'organisation du relevé PMSI dans cet établissement.

2.2 L'analyse des résultats

Globalement, dans les trois établissements, les soignants interrogés considèrent que la traçabilité des actes effectués dans le dossier patient fait partie du soin. C'est une activité leur semblant importante et qu'ils réalisent. Toutefois, concernant la cotation des actes, le PMSI est très souvent perçu comme réservé au corps médical et les soignants y participent peu. En revanche, lorsque le projet de soin le prévoit, ils utilisent des outils spécifiques tels les SIIPS (soins infirmiers individualisés à la personne soignée) pour évaluer la charge en soins.

La qualité des soins est également au cœur de leurs préoccupations.

2.2.1 Un regard sur la qualité homogène

L'ensemble des personnes interrogées a une définition quasi semblable de la qualité, indépendamment de leur fonction ou de leur lieu d'exercice. La qualité est définie selon des critères en lien avec l'exécution d'un soin technique qui prend en compte la dimension relationnelle dans le soin.

Ainsi, pour les infirmières, il s'agit « d'un soin qui est fait de façon rigoureuse...dans de bonnes conditions au niveau du matériel et des locaux...C'est une prise en charge globale autour du soin. Quand on fait un soin technique comme un pansement ou autre, il y a tout l'aspect...au niveau du ressenti du patient, de l'accompagnement du patient, donc de la prise en charge dans la globalité du patient » (IDE CH3)

De même, les cadres de santé mettent en avant la qualité technique et relationnelle du soin, la traçabilité et le professionnalisme. La qualité s'exprime en termes d'« *efficacité, hygiène, asepsie, disponibilité du soignant et la perception du patient. Un soin est plus efficace s'il est expliqué au malade et qu'il l'a compris* » (Cadre CH3) « *C'est un acte effectué par un professionnel. L'infirmière a reçu un enseignement, sait de quel soin a besoin le patient, fait valoir son rôle propre. Il doit être tracé. L'infirmière va obtenir une évaluation de son soin dans le temps* ». (Cadre CH2)

Les cadres supérieurs et les directeurs de soins ont une approche plus livresque de la qualité en lien avec la sécurité des soins. Ils l'expliquent selon « *la définition « iso » : elle répond aux attentes explicites et implicites du client. Un soin de qualité répond donc à une attente, une réglementation, au client, aux recommandations des sociétés savantes* » (cadre supérieur CH1). Aussi, « *pour affirmer qu'un soin est de qualité c'est qu'il a été évalué sur des critères définis au préalable* ». (Cadre supérieur CH2)

La dimension économique n'a pas été abordée dans la définition de la qualité sauf par un directeur des soins et une infirmière. Il est à noter que tous deux travaillent dans le même établissement (CH1). Pour ce directeur des soins, « *Un soin de qualité doit pouvoir se mesurer, être évalué, c'est pour cela que chaque étape doit être tracée par le professionnel qui le réalise. Des indicateurs sont mis en place tout au long du processus de soins : infections nosocomiales, prise en charge de la douleur, escarres, délais divers...Il s'inscrit dans un contexte économique où la qualité et surtout la non qualité a un coût.* » La prise en compte de la dimension économique de la qualité portée par la direction des soins se décline jusqu'au niveau opérationnel dans les services de soins. L'infirmière du CH1 exprime sa vision de la qualité ainsi : « *... les critères de qualité pour moi, selon ce qu'on va prendre en charge, l'hygiène ça peut être un critère de qualité, l'économie..., l'économie au niveau de notre service c'est-à-dire du matériel mais aussi l'économie du personnel au niveau du maintien de sa santé, ...économie dorsolombaire. La qualité : l'hygiène, ça...Je ne veux pas dire la rapidité mais plutôt l'organisation en fin de compte. Savoir quand il y a plusieurs soins à faire dans un même créneau, savoir l'organisation, ça va être important...euh...et un soin de qualité, je pense que c'est aussi savoir évaluer après l'atteinte de son soin, savoir si on l'a bien réalisé pour la prochaine fois, soit faire mieux ou le refaire de la même manière si c'était apprécié par le patient.* »

La dimension économique apparaît accessoire dans la vision de la qualité des soignants hormis lorsque c'est une priorité affichée de la direction des soins.

2.2.2 La traçabilité, étape clé de la valorisation

La perception de l'importance de la valorisation des actes décroît avec le niveau hiérarchique des personnes interrogées. L'implication des soignants est variable selon les établissements, la place de la valorisation des activités dans la politique des soins, son organisation et les outils retenus. Ces derniers peuvent être des relevés manuscrits, informatiques ou les deux. L'ensemble des professionnels interrogés ramènent la valorisation des soins à la traçabilité. Cette dernière est une étape clé du processus de valorisation. C'est à partir de la traçabilité que va s'organiser la codification des actes.

Si la recherche de la mesure de charge en soins est une préoccupation des directeurs de soins, la participation des soignants au PMSI n'apparaît pas toujours comme essentiel.

Dans les trois établissements, la traçabilité des soins est un axe fort de la politique des soins. Ainsi, pour le directeur des soins du CH1, *« il s'agit d'un axe important de la politique de soins et de la direction des soins. Un acte non tracé est considéré comme « non fait ». C'est ce qui permet la valorisation des prises en soins. C'est ce qui permet d'évaluer la qualité des soins dispensés et qui permet d'argumenter en cas de réclamations ou de plaintes. A terme, elle pourrait être utilisée pour calculer les ratios en personnels et harmoniser ceux-ci en fonction des types de prise en charge. »* L'importance de la traçabilité des soins est prônée à tous les niveaux hiérarchiques, du directeur des soins aux cadres de proximité, ce qui favorise l'adhésion des professionnels à cette valeur. Les infirmières participent activement à la traçabilité des actes mis en place dans le dossier de soins et considèrent que cela fait partie de leur travail. Si les soignants sont impliqués dans le recueil et l'utilisation des outils de mesure de charge en soins (les SIIPS sont utilisés dans deux établissements sur les trois observés), ils le sont peu dans le recueil PMSI, sauf pour les actes réalisés en externe. *« La valorisation médico-économique n'est pas faite sauf en consultation. La charge en soins se fait dans DX CARE²³. Nous ne sommes pas dans la culture de la cotation. »* (Cadre supérieur du CH1) L'organisation de la traçabilité et du codage des actes réalisés relevant du champ PMSI en cours d'hospitalisation est méconnue des infirmières. Elles pensent que le PMSI incombe uniquement aux médecins qui ne valorisent pas les actes délégués réalisés par les infirmières.

²³ DX CARE : nom du dossier de soins informatisé utilisé dans le CH1

Les cadres de proximité sont les relais privilégiés de la déclinaison opérationnelle de la politique de soins. Ils ont un rôle primordial dans l'accompagnement et le contrôle de l'exécution de la traçabilité et sont en recherche d'amélioration de son exhaustivité. Les cadres considèrent que la traçabilité fait partie du travail des infirmières. En effet, selon le cadre du CH3, « *il y a une traçabilité du travail des infirmières. Ça fait partie du soin [...] Si un soin n'est pas tracé, je considère que ce n'est pas fait* ». Pour le cadre du CH1, « *le souci c'est plutôt l'exhaustivité [...] Il y a des personnes qui le font systématiquement. J'utilise toujours cette expression à savoir que si rien n'est noté, rien n'est fait* ».

L'exhaustivité de la traçabilité est un axe de progrès pour l'ensemble de l'encadrement. Elle impacte les résultats d'un service ou d'un pôle, il est donc nécessaire qu'elle soit le reflet de la réalité de l'activité. Bien que les soignants aient conscience de son importance, ils reconnaissent ne pas relever l'intégralité de leur activité, en particulier concernant les soins relationnels. Les raisons les plus fréquemment invoquées sont le manque de temps et l'évidence de la réalisation de l'activité. Concernant le manque de temps, un des écueils cités est les situations d'urgences où la traçabilité est fréquemment omise. Il apparaît important que cette tâche ne génère pas un surcroît de travail pour les soignants. Dans ce sens, le CH1 a mené une réflexion pour la simplifier. La mise en place du dossier informatique a été l'occasion de repenser la chaîne de codification. Il a été créé des liens informatiques entre l'activité réalisée et sa valorisation. Toute activité tracée est ainsi valorisée automatiquement. Toutefois, quelque soit le système informatique choisi, les résultats obtenus sont bien le fruit de la traçabilité première des professionnels. Selon le cadre de CH1, deux raisons principales expliquent le défaut d'exhaustivité, « *la première c'est qu'elles [les infirmières] ne réalisent pas que...comment dire... derrière il y a, on peut ressortir des stats²⁴ etc. et toute leur activité. Donc j'essaie d'insister dans ce cadre-là. La deuxième chose, pour elles, c'est tellement des soins entre guillemets habituels que : est ce que ça vaut bien la peine de l'écrire ?* » En effet, pour les infirmières, la réalisation de certaines activités est globalisée dans le soin et leur semble redondant. Ainsi, l'IDE du CH1 relate : « *Il y a des choses en fait qu'on nous demande de valider alors qu'en fait cela nous paraît logique. Par exemple, tout ce qui est aussi dans les critères relationnels, ça paraît étrange de perdre du temps ! Enfin, si c'est notre boulot de le faire mais...quand on se rend compte qu'on perd énormément de temps à valider « oui j'ai parlé avec le monsieur oui je l'ai accueilli, oui je l'ai informé» alors que finalement c'est notre rôle, on se doute bien qu'on l'a fait. Enfin ça coule de source finalement.* »

²⁴ Lire : statistiques

Un autre frein à l'implication des soignants à la valorisation des activités est la peur du devenir et de la reconnaissance du service de soins en lien avec la mise en place des réformes. Ainsi, pour le cadre supérieur du CH2, « *La nouvelle gouvernance fait beaucoup de place à l'équipe médicale. Les administratifs négocient beaucoup avec les médecins et on n'est pas sûr ...le service infirmier pourrait ne plus exister. C'est là que les cadres supérieurs ont de l'importance, quelle reconnaissance ils ont par rapport aux directeurs des soins.* ». Il est important de communiquer sur le sens et l'exploitation qui sera faite des outils de valorisation mis en place afin de faciliter leur appropriation. Pour le directeur de soins du CH3, les nouveaux outils utilisés génèrent des inquiétudes « *d'où l'intérêt de bien montrer ce qu'on peut faire des SIIPS parce qu'il y a aussi une méfiance, moi je me souviens quand on en a parlé, ben, on a eu les syndicats qui ont commencé à dire, ben, « oui ça va amener à supprimer du personnel etc. » c'est tout de suite la conclusion que tire le personnel...* »

Les soignants participent activement à la traçabilité de leurs activités. Toutefois, ils ne considèrent pas le PMSI comme un outil de productivité mais comme l'outil d'évaluation de l'activité médicale. Hormis pour les actes réalisés en externe, ils ne sont pas impliqués dans la valorisation médico-économique des actes.

2.2.3 Une communication des résultats à améliorer

Pour le directeur des soins du CH3, les informations sont transmises en cascade du cadre supérieur de pôle au cadre puis aux équipes de soins. Ceci a pu être observé lors de la diffusion de résultats d'une évaluation qualitative portant sur la tenue du dossier de soins. Cette politique de communication montre l'intérêt porté par la direction, au travail de terrain. « *Les résultats sont communiqués en plusieurs phases. Le cadre supérieur transmet au cadre et le cadre aux équipes qui sont très en attente des résultats. La direction des soins fait une présentation en « réunion cadres » : Cela impulse une dynamique de valorisation du travail effectué.* » De plus, « *si la traçabilité n'est pas acquise dans un secteur, la direction des soins et l'encadrement sont chargés de réexpliquer la nécessité de cette traçabilité.* »

La diffusion des résultats médico-économiques auprès des équipes soignantes est organisée au niveau des pôles. Or, le fonctionnement des trinômes de pôles est différent d'un établissement à l'autre. L'efficacité de la communication des résultats est liée à la volonté du médecin coordonnateur, du cadre supérieur et du cadre administratif de pôle. Souvent, les informations restent au niveau du trinôme de pôle. Le médecin

coordonnateur est toujours destinataire des résultats médico-économiques du pôle. Par contre, les cadres supérieurs ne le sont pas systématiquement. Ils peuvent avoir accès aux données soit par la direction des finances ou le cadre administratif de pôle, soit par le médecin. De plus, les cadres de pôle ne transmettent pas forcément les résultats aux cadres de santé et là non plus, le relais ne se fait pas automatiquement vers les équipes de soins. En fait, les infirmières ont peu voire aucun retour sur les résultats des relevés auxquels elles participent. Toutefois, une meilleure appropriation des outils est observée lorsque les résultats sont communiqués. Globalement, les infirmières rencontrées sont peu ou prou informées du fonctionnement du PMSI dans leur établissement. Dans un des établissements, les infirmières interrogées ne connaissent pas ce qu'est, ni à quoi sert le PMSI, elles n'y participent pas et n'ont pas accès aux résultats médico-économiques de leur service. Dans un autre, les résultats d'activité sont présentés par le médecin en réunion de service. Cette modalité de diffusion montre une meilleure appropriation par les soignants des changements impulsés par la nouvelle gouvernance. En effet, la seule fois où la dimension économique a été évoquée dans le concept de qualité, l'a été par l'infirmière de ce service.

Plusieurs éléments expliquent la rupture dans la chaîne de transmissions des résultats au niveau des services : le fonctionnement balbutiant des trinômes de pôles, le sentiment d'un manque d'intérêt des soignants pour ces données ou la non perception de l'utilité des relevés d'activités avec des tableaux de bord trop généralistes. Selon le cadre supérieur du CH1, les résultats ne sont pas exploités. *« Il y a un mauvais fonctionnement du CMA²⁵, cela monte en charge. Le taux d'occupation est donné aux cadres mais il n'y a pas d'analyse avec les soignants. »* Le cadre du CH 3 explique pourquoi elle ne fait pas de transmissions au niveau des équipes : *« J'ai essayé mais j'ai des difficultés à les sensibiliser. Ce n'est pas une préoccupation des infirmières ni les pôles. Ce qui les inquiète c'est que si ça ne tourne pas on va supprimer des postes. Du coup, ils améliorent les pratiques de traçabilité. »* Les infirmières pensent que le recueil d'activité sert à l'évaluation de la charge de travail et a un impact direct sur le dimensionnement des équipes de soins. De plus, *« Les informations [contenus dans les tableaux de bord médico-économiques] ne sont pas assez parlantes pour les soignants. Ce n'est pas assez ciblé sur le service. Ça concerne tout l'établissement. »* (Cadre supérieur du CH2)

Le retour et l'analyse des résultats dans les unités contribuent à l'amélioration l'exhaustivité du recueil. Savoir et comprendre pourquoi on fait les choses, donner du

²⁵ CMA : Comité médico administratif; nom donné au trinôme de pôle dans le CH1

sens à l'action sont des facteurs favorisant l'implication des acteurs dans la participation au recueil des données.

2.3 Conclusion de la recherche

2.3.1 La qualité synonyme d'excellence technique

En théorie, la qualité se définit comme « l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire des utilisateurs. »²⁶ Au niveau des établissements de santé, des cloisonnements entre services ou des défauts d'organisation entraînent des non-qualités. La démarche « qualité totale » tend à réduire ces dysfonctionnements. C'est « un ensemble de principes, de méthodes organisées en stratégie globale, visant à mobiliser toute l'entreprise pour obtenir une meilleure satisfaction du client au moindre coût. »²⁷

Au cours des entretiens, il a été mis en évidence que les soignants accordent une place importante à la recherche de la satisfaction des personnes soignées. Ils sont très attentifs à la réalisation d'un soin respectant les normes techniques d'hygiène et de sécurité tout en s'adaptant à chaque personne. Toutefois, l'aspect économique des soins n'est pas apparu de prime abord comme faisant partie de leur conception de la qualité. Aussi, il est possible de dire que les soignants ont une approche partielle et non globale de la qualité dans les soins.

Donc, la première hypothèse, ***la représentation des soignants d'un soin de qualité est un soin d'excellence technique, centré sur le patient*** est vérifiée.

2.3.2 Une vision du recueil des activités en lien avec la culture d'établissement

La vision des soignants est en lien étroit avec la culture d'établissement et la politique institutionnelle. Globalement, le comportement des soignants suit les priorités portées par la direction des établissements et en particulier par la direction des soins. Aussi, l'appropriation des réformes, le développement d'une culture d'évaluation et de résultats et l'implication des soignants dans les projets sont conditionnés par la volonté forte des directions à mettre en place une politique de communication concernant les finalités des

²⁶ LEVIEUX JP, Le pilotage par la qualité, p 181

²⁷ BERILLON A, CERUTTI O, Implanter et gérer la qualité totale, p 23

recueils auxquels ils participent. Au cours de l'étude, il a été possible d'observer une approche managériale propre à chaque établissement dans ce domaine. La vision des soignants du recueil des données n'est donc pas généralisable mais en corrélation avec les valeurs portées par les directions.

La seconde hypothèse **les soignants considèrent le recueil des activités comme un acte administratif n'entrant pas dans leur champ de compétences** ne peut donc pas être entièrement validée par contre la vision soignante du recueil dépend de la culture d'établissement.

2.3.3 Une politique de communication qui ne favorise pas l'implication des soignants au recueil de données

Globalement, les soignants sont peu informés des résultats des recueils auxquels ils participent. Comment être impliqué sans connaître le devenir des informations données ? Lorsque la direction les sollicite, les soignants participent aux projets institutionnels. Toutefois, ils y adhèrent d'autant mieux qu'ils en connaissent les finalités. La transparence en matière de résultats favorise la clarification du contexte structurel et contribue à la reconnaissance des personnels de terrain. Lors de l'étude, il a été constaté une rupture dans la chaîne de transmissions des résultats dès le trinôme de pôle. Si la nouvelle gouvernance a pour objectif une meilleure implication des acteurs de terrain, il a été possible de se rendre compte que la déconcentration au niveau des pôles ne permet pas encore d'y parvenir. La délégation de pouvoir au trinôme des pôles n'a pas abouti au découplage escompté et il persiste un manque de transparence des résultats au niveau des services. Avec un fonctionnement polaire encore balbutiant, la nouvelle organisation hospitalière est fortement conditionnée par les personnalités qui la dirigent et la volonté des directions de mettre en place le principe de subsidiarité. Or, l'information est un facteur de pouvoir pour celui qui la détient. Si partager l'information, c'est accepter de laisser une part du pouvoir détenu, il semble nécessaire de définir quelle est l'information utile et comment la transmettre. La direction est garante de la politique de l'établissement et a un rôle important de coordination, notamment dans le domaine de la communication.

Compte tenu de ces éléments, il est possible d'affirmer que la troisième hypothèse est vérifiée. **Les soignants ont une méconnaissance des finalités des recueils auxquels ils participent.**

3 Des préconisations pour la fonction de directeur des soins

Les conclusions de la recherche montrent la nécessité pour les managers hospitaliers de développer une culture de résultats et d'accompagner les réformes au niveau des unités de soins. Membre de l'équipe de direction, le directeur des soins participe aux décisions relatives à la contribution soignante dans la mise en œuvre des axes stratégiques de la politique d'établissement. Responsable de l'organisation des activités IRMT, il adoptera un style de management propice à l'appropriation des réformes par les paramédicaux et à leur participation aux résultats.

3.1 Le directeur des soins, acteur de la stratégie de l'établissement

3.1.1 La nouvelle organisation hospitalière, une opportunité managériale pour le directeur des soins

La nouvelle organisation hospitalière en pôles d'activités modifie l'ensemble des rapports hiérarchiques existants. La plus grande responsabilisation des acteurs de terrains prévue par la nouvelle gouvernance oblige à adapter le management. La pyramide hiérarchique est aplatie et laisse place à une structuration en réseau avec un renforcement des pouvoirs fonctionnels. L'objectif managérial du directeur des soins est de « coordonner l'ensemble des acteurs de soins, d'être l'interface entre le directeur et le président de la CME [commission médicale d'établissement], de veiller à la cohérence du projet de soins institutionnel dans la perspective de la mise en place des pôles.»²⁸

Depuis janvier 2007, tous les hôpitaux ont l'obligation d'avoir une structuration polaire. Or, il s'avère que la mise en œuvre de la réforme est difficile, l'hôpital se cherche, est désorganisé par l'ampleur des changements à mettre en place. La prégnance des enjeux socio-économiques l'oblige à bien négocier ce virage. La réforme oriente vers un management plus participatif. Toutefois, l'évolution des styles managériaux n'est pas aisée et les résistances au changement sont fortes. Les entretiens ont montré qu'il existe le plus souvent un transfert du management pyramidal au niveau des trinômes de pôles et

²⁸ www.sante.gouv.fr/C.R.E.E.R.Hôpital_2007, Encadrement et nouvelle gouvernance - guide méthodologique, p 28, consulté le 15 février 2008

la persistance d'un cloisonnement entre les logiques administrative, médicale et soignante.

Dans cette configuration, le directeur des soins, responsable hiérarchique des cadres de santé voit sa mission de coordination renforcée. L'objectif est de maintenir une culture et une cohésion d'établissement auprès des soignants, par une politique de soins qui les renvoie à leur mission, à des valeurs partagées et aux métiers. Il acquiert un pouvoir de « type administratif », tel que défini par Yves Enrègle. Il tire son autorité de sa faculté à coordonner. « C'est l'organisateur, le coordonnateur, le régulateur, celui qui édicte et fait respecter les règles de comportement, qui fait circuler l'information et représente les règles du jeu »²⁹

De par son positionnement à un niveau stratégique, le directeur des soins a une vision globale du système de santé et une vision prospective de l'organisation des activités de soins facilitant le recentrage des missions soignantes au niveau institutionnel en tenant compte du contexte territorial et national. De plus, il est le garant de déclinaison opérationnelle du projet de soins institutionnel conçu en cohérence avec le projet d'établissement. De ce fait, le directeur des soins est un leader légitime pour conduire le changement.

3.1.2 Le directeur des soins, pilote du changement

Les dispositions réglementaires favorisent un management participatif du directeur de soins. En effet, il assure l'animation et l'encadrement des services de soins IRMT. La politique de soins se décline dans le projet de soins élaboré avec les personnels concernés qu'il met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité (décret 2002-550 du 19 avril 2002). Le directeur des soins dispose de deux vecteurs de diffusion de la politique de soins : la commission de soins IRMT³⁰, instance consultative qui permet la participation active des paramédicaux et les cadres de santé qui organisent sa mise en œuvre dans les services.

²⁹ ENREGLE Y, Du conflit à la motivation, p 47

³⁰ Fonctionnement défini par le décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé

Les périodes de changement requièrent une attention toute particulière. En effet, « face à toute situation de réforme ou de changement, l'enjeu pour le manager public (responsable politique ou fonctionnaire) consiste à faire prendre conscience aux agents et aux personnes concernées, qu'il y a un vrai problème qui justifie le changement et que l'on ne peut en aucun cas continuer comme avant. »³¹ Aussi, comment y parvenir ?

Les orientations stratégiques de la direction des soins doivent être clairement définies et connues ainsi que leurs attendus. La mission des soignants est centrée sur la qualité et la sécurité du patient, dans le respect des règles professionnelles et l'intérêt de l'institution. Il est important qu'il y ait cohérence entre le discours porté par la direction des soins et la déclinaison opérationnelle à tous les niveaux hiérarchiques. Les cadres de santé sont des partenaires clé. L'encadrement de proximité va renforcer les valeurs institutionnelles, donner le sens et du sens aux actions pour favoriser l'appropriation de la démarche par les équipes soignantes.

La sollicitation des équipes médico-soignantes est indispensable à l'identification des problèmes, à l'élaboration et la mise en œuvre de processus de prise en soins. Elle permet d'impulser une réflexion sur les pratiques professionnelles. La diffusion et l'analyse des résultats vont développer la reconnaissance mutuelle du rôle de chacun des acteurs dans le processus.

Aujourd'hui, « le dynamisme de l'hôpital relève d'une responsabilité collective : responsabilités en termes de pilotage du système de santé, responsabilités des dirigeants d'établissements, responsabilité des professionnels dont la motivation et l'investissement constituent la richesse essentielle de l'hôpital public »³² Le contexte socio-économique hospitalier défavorable et la mise en place des réformes sont une réalité. La nécessité de s'adapter est impérative. C'est « un vrai problème qui justifie le changement ». Les réformes sont mieux vécues lorsque les agents contribuent à leur mise en œuvre que lorsqu'ils les subissent, ce qui implique pour le manager de créer des conditions favorables à leur participation.

3.1.3 La valorisation des activités, un objectif partagé

³¹ WINICKI P, Réussir une réforme publique, p 85

³² Rapport Larcher, p 31

Le devenir de l'hôpital public est aujourd'hui une préoccupation des hospitaliers. La plupart des établissements ont des difficultés financières. Les nouvelles modalités budgétaires ont recentré les hôpitaux sur leur productivité. Aussi, maintenir l'équilibre budgétaire tout en garantissant à la personne soignée l'accès à des soins de qualité est une des priorités institutionnelles. La nouvelle gouvernance a renforcé le pouvoir médical par déconcentration polaire. Encore trop souvent, les logiques médicale, administrative et soignante travaillent selon des logiques différentes, côte à côte et non pas ensemble. Aussi, «il faut rétablir le dialogue entre celui qui calcule, celui qui soigne et se rapprocher du terrain. »³³ Le directeur des soins, de par son parcours professionnel est à l'interface des différentes logiques et aide à créer du lien. Avant toute chose, il est important de se mettre d'accord sur le sens donné aux mots. Il ne s'agit pas là de se faire plaisir ou de perdre du temps mais de comprendre l'autre, ses contraintes, en acceptant sa différence de conception. Une acception telle la valorisation des activités peut avoir un sens différent pour un médecin, un administratif ou un soignant. L'initiation de groupes de travail pluriprofessionnels sur des problématiques communes va permettre une approche consensuelle.

Nous l'avons vu, la valorisation des activités a un impact considérable sur les budgets hospitaliers. Si la participation des soignants à la valorisation des activités de soins apparaît telle une nécessité, il est impératif de définir clairement au niveau institutionnel ce qui est attendu des soignants, comment ils participent à cette tâche et de quels outils ils disposent. L'exhaustivité de la traçabilité des actes soignants est, comme en témoigne les entretiens, un axe d'amélioration pour le service de soins IRMT. L'objectif est d'éviter toute perte d'activité réalisée mais également de pouvoir estimer les dépenses y afférant par une mesure des modalités de prises en charge. La valorisation des activités soignantes contribue à l'évaluation qualitative et quantitative des pratiques médico-soignantes.

3.2 La valorisation des soignants, axe de la politique de soins

3.2.1 Vers une reconnaissance médico-économique du travail des soignants ?

Selon la définition du dictionnaire Le Petit Robert 2006, la reconnaissance est le fait de reconnaître, d'identifier un objet un être comme tel. Qu'en est-il de la reconnaissance

³³ FESSLER JM, De la T2A à l'efficience, revue les enjeux hospitaliers, avril 2007

de la contribution des soignants à la prise en soins ? Actuellement, « seule la part technique de l'activité soignante liée au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est pris en compte dans la tarification à l'activité (T2A). Or si les responsables de l'informatisation ne rectifient pas le tir, l'inadéquation entre le coût réel du séjour et l'activité aboutira à des réductions de moyens drastiques en personnel soignant et, en conséquence, à l'impossibilité pour certains pôles d'honorer leur contrat d'objectif et de moyens. »³⁴ Les dépenses en personnel représente environ soixante dix pour cent des dépenses hospitalières. La réduction en personnel peut apparaître comme une solution rapide pour faire des économies. Toutefois, la valorisation des activités soignantes par l'utilisation d'un outil d'évaluation de la charge en soins est aussi une aide à la décision pour le directeur des soins. L'analyse de l'activité soignante et du coût qu'elle induit pour chaque prise en charge contribue à définir les niveaux seuils quantitatifs et qualitatifs en moyens humains et impulse une réflexion sur les pratiques professionnelles pour garantir au patient la qualité et la sécurité des soins.

La conduite d'une politique de soins intégrant la dimension médico-économique dans l'évaluation des pratiques professionnelles pour tendre vers des soins efficaces est un enjeu fort pour le directeur des soins. Cela devient possible en associant les paramédicaux à la démarche et en leur donnant les moyens pour y parvenir. L'informatisation des systèmes hospitaliers telle que prévue par le plan Hôpital 2012 apparaît comme un préalable indispensable à la valorisation des activités. Toutefois, faire adhérer les soignants au projet est une priorité pour le directeur des soins. En effet, le degré d'implication des soignants conditionne la fiabilité et la pertinence des outils choisis.

3.2.2 Motiver pour impliquer

Selon A. MUCCHIELLI, l'implication au travail est une relation entre le travailleur et son entreprise qui traduit l'adéquation entre la situation professionnelle que fait l'entreprise à son personnel et les attentes de ce personnel. Le contexte socio-économique et l'obligation de changement sont des moments difficiles pour les équipes. Ils induisent des pertes de repères et une crainte légitime pour l'emploi. Ce sont des facteurs de déstabilisation. Des décisions stratégiques pertinentes sont vouées à l'échec sans une adhésion des personnels. Aussi comment le directeur des soins peut-il maintenir leur motivation ? Le directeur des soins va s'attacher à instaurer des conditions

³⁴ HART.J ; De la révolution informatique à la révolution soignante, revue système d'information hospitalier, novembre - décembre 2007

propices au développement de la motivation. Pour ce faire, la conviction du bien fondé de l'action et l'adoption d'un esprit positif du directeur de soins sont primordiales. En effet, comment espérer convaincre la base de participer à un projet si le manager n'y croit pas. « Dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, on part du principe que les gens ont envie de faire mieux, sans juger et sans critiquer ce qu'ils font actuellement. Cette approche est fondamentale pour gagner la confiance des personnels. L'expérience, aussi bien en France qu'à l'étranger a montré qu'il y avait beaucoup plus de personnes prêtes à rejoindre le projet qu'à s'y opposer en adoptant cette attitude »³⁵

Ainsi, les changements ne peuvent avoir lieu sans une impulsion forte et une politique de communication adaptée des dirigeants pour convaincre les acteurs d'y participer.

3.2.3 Communiquer pour impliquer

Pour faire adhérer les personnels, les modalités de communication sont prépondérantes. Il s'agit de donner le sens des projets, c'est-à-dire : expliquer le pourquoi de l'action. « Le sens est aussi le passage du réel perçu au possible. C'est une valeur liée à l'action projetée, c'est un devenir possible. »³⁶ La communication portant sur les changements s'établit en trois phases : en amont du projet, pendant sa mise en œuvre et sur les résultats obtenus. Le message transmis est honnête et compréhensible par tous. Il doit prendre en compte les éléments contextuels inhérents à la situation financière de l'établissement et exposer de façon claire les conséquences de la participation ou non au changement. Il ne s'agit ni d'être alarmiste ni de faire de l'autosatisfaction mais d'être vrai afin de rester crédible et de ne pas créer de démotivations.

L'étude a permis de constater que les résultats d'activités médico-économiques sont transmis au responsable de pôle et parfois aux autres membres du trinôme de pôles. Souvent la diffusion des informations s'arrête à ce niveau. Trop souvent les équipes participent à des relevés sans avoir retour. Communiquer sur les résultats est un facteur de motivations pour que le personnel participe aux relevés de données et se sente reconnu. En effet, comment les agents peuvent-ils imaginer ce que sera l'organisation future s'ils ne sont pas informés des résultats et de l'impact de leur travail au niveau du service, du pôle ou de l'institution. Les cadres de santé sont les relais privilégiés de

³⁵ MAGUERES G, L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, p 35

³⁶ MUCCHIELLI A, Les motivations, p 98

l'information descendante au sein des services de soins. Ils sont les acteurs sur qui repose la réussite de la mise en place de changement. Le directeur de soins est vigilant à ce qu'ils soient associés et destinataires des résultats activités médico-économiques afin d'assurer leur transmission dans les services. De même, il contribue à la reconnaissance institutionnelle des équipes en étant à l'écoute des difficultés et d'initiatives des services.

3.3 Améliorer la valorisation des activités soignantes : un défi à relever

La prise en charge médico-soignante ne peut se réduire à la seule activité médicale. Si, actuellement le recensement des activités soignantes contribue peu aux recettes, il est un outil précieux pour le directeur des soins dans l'analyse des organisations et des pratiques. Le directeur des soins peut décliner la politique institutionnelle de valorisation des activités soignantes en utilisant un management de projet.

3.3.1 La dimension stratégique du projet

La direction des soins sera force de propositions du projet d'amélioration de la valorisation des activités soignantes. Ce dernier est d'abord soumis à l'ensemble de l'équipe de direction et au conseil exécutif pour approbation. C'est une étape indispensable pour donner au projet, les chances de se réaliser.

Les objectifs du projet sont d'améliorer le recensement de l'activité soignante et d'organiser le retour des résultats obtenus. Ses enjeux sont économiques par la contribution à la recherche de l'équilibre financier et qualitatifs par la recherche de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, dans le respect des contraintes réglementaires et des impératifs politiques. Il a pour but d'améliorer l'existant et s'appuie sur les résultats de l'étude effectuée où ont été mises en évidence la problématique du défaut d'exhaustivité dans les relevés d'activités soignantes et une culture de résultats à développer. In fine, la réalisation de projet concourt à l'atteinte d'un objectif plus global institutionnel portant sur la recherche de l'efficacité des prises en soins.

L'objectif du projet étant centré sur les paramédicaux, le directeur des soins en est le responsable légitime. Pour la réalisation du projet, il constitue un groupe de travail pluriprofessionnel d'une quinzaine de personnes composé de soignants, de médecins et

d'administratifs. Il désigne parmi ses membres, le pilote en charge de la mise en œuvre et définit le plan de communication. Il le supervise et en contrôle l'état d'avancée grâce à des points ou des réunions d'étape. Le directeur des soins est avant tout un facilitateur et un soutien pour les acteurs participant à la concrétisation du projet.

3.3.2 La phase opérationnelle du projet

Le groupe est constitué si possible de personnels volontaires. La sollicitation des participants est faite en comité de direction, en CME, en réunion cadres et en commission de soins IRMT.

Le directeur des soins assiste à la première réunion du groupe projet. Il y reprecise les finalités et les résultats attendus, donne au groupe des objectifs clairs et définis dans le temps ainsi que leur marge de manœuvre. Toutefois, le groupe doit disposer d'une liberté suffisante propice à la créativité et permettant l'implication de ses membres. Il a toute latitude organisationnelle dans le respect du calendrier défini. Au terme de la réunion initiale, le groupe établit une définition consensuelle de la valorisation c'est-à-dire qui prend en compte le point de vue soignant, administratif et médical.

Le projet est formalisé sur une fiche projet.³⁷ Elle est renseignée au fur et à mesure par le pilote. Elle va permettre le suivi opérationnel du projet. Elle en donne une vision d'ensemble, permet d'expliquer les attendus, de mobiliser les compétences, d'estimer les ressources nécessaires, de fixer les échéances, de visualiser son état d'avancée. Elle contient par ailleurs les indicateurs quantitatifs et qualitatifs retenus par le groupe pour son évaluation.

La phase de formalisation permet au groupe de clarifier les processus, de mobiliser les compétences et d'élaborer des tableaux de bord de suivi des indicateurs. Ce temps doit être court et n'excèdera pas trois mois. En effet, « il a été démontré que les changements étaient plus rapides lorsque le groupe pouvait tester des solutions que lorsqu'il passait du temps à analyser la situation. »³⁸ Les modalités de valorisation définies par le groupe seront testées, réajustées si besoin puis validées par la direction avant toute diffusion sur l'ensemble de l'établissement.

³⁷ Annexe V : exemple de fiche projet

³⁸ MAGUERES G, L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, p 26

3.3.3 L'évaluation des pratiques professionnelles pour améliorer l'efficience : un futur souhaité

D'après le décret 2002-550 du 19 avril 2002, le directeur des soins « met en œuvre le projet de soins par une politique d'amélioration continue de la qualité ». Un processus de valorisation des activités soignantes fiable est un préalable à la mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles. Cela permet au directeur des soins de disposer de données sur ce qui est fait et comment cela est fait.

Lorsqu'un usager entre à l'hôpital, il intègre un processus de soins tout au long duquel interviennent de multiples acteurs. Sa satisfaction est liée à deux facteurs principaux : son état émotionnel du moment et la capacité des professionnels à se coordonner entre eux. Les soignants interviennent auprès de la personne soignée en interaction avec d'autres catégories de professionnels et contribuent ainsi à un processus plus global de prises en soins. Dans la recherche de l'amélioration continue de la qualité à l'hôpital, c'est le résultat du processus qui est perfectible. « Il faut savoir que notre problème dans les établissements est souvent lié au management des interfaces, c'est-à-dire des liaisons entre chacune des étapes d'un processus »³⁹ L'HAS (Haute autorité de santé) a réfléchi à cette problématique et a proposé un outil de base de la planification d'un parcours-type pour un groupe de patients définis, portant sur la même pathologie : le chemin clinique. L'élaboration de chemins cliniques doit être portée par la direction et faire partie de sa politique qualité. Des priorités et une programmation sont à définir. Le ciblage va permettre d'obtenir des résultats rapides, observables qui seront communiqués dans les services. Les premiers chemins cliniques à travailler seront choisis à partir des GHM les plus fréquents dans l'établissement (loi de Pareto) ou de données objectives disponibles telles la DMS, le Case mix ou l'ENC.

Cette démarche permet à l'établissement de se comparer par rapport aux concurrents territoriaux et nationaux et d'être dans une dynamique de progrès pour améliorer l'efficience de ses pratiques.

³⁹ MAGUERES G, L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, p31

Conclusion

Ainsi, la mise en œuvre opérationnelle de la nouvelle gouvernance est une opportunité pour le directeur des soins. La valorisation des activités soignantes et l'évaluation de la charge en soins dans les processus médico-soignants contribuent à améliorer la qualité des soins dans un souci d'équité, de sécurité et de rationalisation des dépenses de santé.

Toutefois, dans un contexte hospitalier socio-économique difficile, convaincre les acteurs de terrain de la nécessité des changements est un challenge à relever pour le directeur des soins. La mise en œuvre d'une politique de reconnaissance des paramédicaux, une politique de communication permettant de comprendre le pourquoi du changement, le développement d'une culture de résultats favorisent la motivation et l'implication des personnels dans les projets institutionnels et sont des facteurs de réussite du changement.

Définir des objectifs simples et accessibles facilite la déclinaison opérationnelle du projet d'amélioration de la valorisation des activités soignantes. L'analyse des résultats est un outil managérial dynamique pour le directeur des soins. En effet, valoriser les activités soignantes est une étape dans l'amélioration continue de la qualité des processus de soins et contribue à l'évaluation de la performance des organisations de soins et à leurs réajustements. C'est un premier pas vers la définition des chemins cliniques.

L'hôpital est en évolution constante. De nouveaux changements sont annoncés pour l'automne 2008. La loi « santé patient territoire » nécessitera, sans nul doute, un accompagnement institutionnel, accompagnement dans lequel la direction des soins a toute sa place.

Bibliographie

Textes législatifs, réglementaires ou officiels :

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, Journal officiel, n°102 du 3 mai 2005, 7620-7626

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2002, 7187-7191

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique, Journal officiel n°301 du 28 décembre 2005, 20112-20114

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION, MINISTRE DELEGUE A LA SANTE, DIRECTION DES HOPITAUX, Circulaire DH/PMSI n°56 du 16 septembre 1991 relative aux relations conventionnelles entre l'Etat et les établissements hospitaliers DHOS; Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière ; janvier 2007

MOLINIE E., juin 2005, *L'hôpital public en France ; bilan et perspectives*, République Française : Avis et Rapports du Conseil Economique et Social

LARCHER G. et Al., avril 2008, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, République française : Rapports

BERTRAND X., Ministre de la santé et de la solidarité, *Discours à la conférence nationale sur l'investissement hospitalier ; du plan Hôpital 2007 au plan Hôpital 2012*, 13 février 2007, Institut Pasteur

Ouvrages :

ALECIAN S., AERTS JP., 1996, *Les systèmes de pilotages dans les services publics*, PARIS : Les éditions d'organisation, 205 pages

AUTISSIER D., 2007, *Mesurer la performance du contrôle de gestion*, Paris : Eyrolles les éditions organisations, 192 pages

AVINET JM., BOYER L., BUREAU E., et al., 1990, *La communication interne au cœur du management*, PARIS : Les éditions d'organisations, 114 pages

BERILLON A., CERUTTI O., 1988, *Implanter et gérer la qualité totale*, PARIS : Les éditions d'organisation, 209 pages

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, PARIS : Edition SEUIL, 500 pages

DICK-DELALONDE C., MALLET M., PISTRE F., et al., 2007, *La méthode SIIPS indicateurs d'activités en soins infirmiers*, 2^{ème} édition, RUEIL-MALMAISON : Editions LAMARRE, 173 pages

ENREGLE Y., 1985, *Du conflit à la motivation : la gestion sociale*, PARIS : Les éditions d'organisation, 185 pages

HOLCMAN R., 2007, *La fin de l'hôpital public ?*, RUEIL-MALMAISON : Editions DELAMARRE, 104 pages

LEVIEUX JP., 1992, *Le pilotage par la qualité*, PARIS : ESF éditeurs, 181 pages

MAGUEREZ G., 2005, *L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux*, RENNES : Editions ENSP, 114 pages

MORDELET P., 2006, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, RENNES : Edition ENSP, pp 295-349

MUCHIELLI A., 2006, *Les motivations*, PARIS : PUF, Que sais-je ?, 121 pages

QUIVRY R., VAN CAMPERHOUDT L., 1995, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 2^{ème} édition, PARIS : Editions DUNOD, 287 pages

SERRES JC., 2006, *Manager dans l'incertitude*, LA PLAINE SAINT DENIS : AFNOR, 198 pages

WINICKI P., 2007, *Réussir une réforme publique*, PARIS : Editions DUNOD, 179 pages

Revue/Périodiques :

COUTY E., février 2006, « La culture du résultat dans la fonction publique, est-ce compatible avec les enjeux de santé ? », *les cahiers hospitaliers*, n°220, pp 10-12

FESSLER JM., avril 2007, « De la T2A à l'efficience », *enjeux hospitaliers*, n°5, pp 13-16

GAGNART A., mars-avril 2007, « Un outil de bonne gouvernance des systèmes d'information », *revue hospitalière de France*, n°515, pp 41-44

HART J., novembre décembre 2007, « De la révolution informatique à la révolution soignante », *Système d'information hospitalier*, n°706, pp 18-21

Mémoire :

GASTE MC., 2004, *Les indicateurs qualités en soins infirmiers : outils de management stratégique pour un directeur de soins, mythe ou réalité ?*, Mémoire de directeur des soins ENSP, Rennes, 59 pages

Sites internet :

La documentation française, Quelles sont les différentes dépenses de santé ?, [visité le 05 mai 2008], disponible sur Internet : <http://www.vie-publique.fr>

Une méthode d'amélioration de la qualité : le chemin clinique, [visité le 1^{er} mai 2008] disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr>

Rubrique C.R.E.E.R Hôpital 2007, [visité le 15 février 2008] disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>

ANNEXE I
Présentation des sites

Présentation des sites sièges de la recherche

| Principales caractéristiques des centres hospitaliers | | | | |
|---|------------------|----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Etablissement | Statut juridique | Type d'établissement | Nombre de lits places autorisées* | Structuration en pôles d'activité |
| CH1 | PUBLIC | CHU | 1 797 | Oui |
| CH2 | PUBLIC | CHU | 1 812 | Oui |
| CH3 | PUBLIC | CH | 619 | Non |

* Source : www.parthage.sante.fr

ANNEXE II
Les grilles d'entretiens

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF
DS

- Selon vous, quelle est la définition d'un soin de qualité ?
- Comment est organisé le relevé de l'activité paramédicale ? Quels outils sont utilisés ? (Activité déléguée : ex ECG codage PMSI)
- Selon vous, quelle est la place des soignants dans la valorisation médico-économique des activités de soins ? Est-ce un axe de la politique de soins ?
- Comment est organisé le retour des résultats vers les services de soins ?

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF
CADRE ADMINISTRATIF

- Comment est organisé le relevé de l'activité paramédicale ? Quels outils sont utilisés ? (Activité déléguée : ex ECG codage PMSI)
- Selon vous, quelle est la place des soignants dans la valorisation médico-économique des activités de soins ?
- Comment est organisé le retour des résultats vers les services de soins ?

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF
CADRE SUPERIEUR DE POLE

- Selon vous, qu'est un soin de qualité ?

- Pouvez-vous m'expliquer comment est organisé le recueil des activités de soins dans votre service ? Quels sont les outils utilisés ? (activité déléguée : ex ECG codage PMSI)

- Qui s'en occupe dans le pôle ?

- Comment y participez-vous ? cela fait-il partie de votre travail ?

- Comment avez-vous connaissance des résultats de l'activité du pôle ?

- comment informez-vous l'équipe des résultats d'activité du service ?

- Quelle est l'implication des soignants dans la valorisation des activités :
 - Médico économique ?
 - Charge en soins ?

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF
CADRE DE SANTE

- Selon vous, qu'est un soin de qualité ?

- Pouvez-vous m'expliquer comment est organisé le recueil des activités de soins dans votre service ? Quels sont les outils utilisés ?
(activité déléguée : ex ECG codage PMSI)

- Qui s'en occupe dans le service ?

- Comment y participez-vous ? cela fait-il partie de votre travail ?
- Vous participez ou êtes amené à participer au recueil de l'activité du service : pouvez-vous expliquer à quoi ils servent ?
- Comment avez-vous connaissance des résultats de l'activité du service ?
- Comment informez-vous l'équipe des résultats d'activité du service ?

| |
|----------------------------------|
| GRILLE D'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF |
|----------------------------------|

| |
|-----|
| IDE |
|-----|

- Selon vous, qu'est un soin de qualité ?
- Pouvez-vous m'expliquer comment est organisé le recueil des activités de soins dans votre service ? Quels sont les outils utilisés ? (activité déléguée : ex ECG codage PMSI)
- Qui s'en occupe dans le service ?
- Comment y participez-vous ? cela fait-il partie de votre travail ?
- Vous participez ou êtes amené à participer au recueil de l'activité du service : pouvez-vous expliquer à quoi ils servent ?
- Comment avez-vous connaissance des résultats de l'activité du service ?

ANNEXE III

Les participants aux entretiens

| |
|------------------------------|
| RECAPITULATIF DES ENTRETIENS |
|------------------------------|

| | CHU 1 | CHU 2 | CH 3 | TOTAL |
|------------------------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| Directeur des soins | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Cadre administratif de pôle | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Cadre supérieur | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Cadre de santé | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Infirmières | 1 | 2 | 2 | 5 |

NOMBRE TOTAL D'ENTRETIENS : 16

ANNEXE IV
Les grilles d'analyse

| Thème | Implication des soignants | |
|-----------------------------------|--|-----------|
| Participants | Exploitations des entretiens des entretiens | Remarques |
| IDE | | |
| CADRE DE SANTE | | |
| CADRE SUPERIEUR DE POLE | | |
| CADRE ADMINISTRATIF DE POLE | | |
| DIRECTEUR DES SOINS | | |

| Thème | Définition d'un soin de qualité | |
|-----------------------------------|--|-----------|
| Participants | Exploitations des entretiens des entretiens | Remarques |
| IDE | | |
| CADRE DE SANTE | | |
| CADRE SUPERIEUR DE POLE | | |
| CADRE ADMINISTRATIF DE POLE | | |
| DIRECTEUR DES SOINS | | |

| Thème | Finalités du recueil | |
|-----------------------------------|--|-----------|
| Participants | Exploitations des entretiens des entretiens | Remarques |
| IDE | | |
| CADRE DE SANTE | | |
| CADRE SUPERIEUR DE POLE | | |
| CADRE ADMINISTRATIF DE POLE | | |
| DIRECTEUR DES SOINS | | |

ANNEXE V
Un exemple de fiche projet

Exemple de fiche projet

| | | |
|--------------------------|----------------------|----------|
| N° identifiant fiche | FICHE PROJET | Page 1/1 |
| Titre | | |
| Références | | |
| Problématique | | |
| Objectifs | | |
| Echéancier | | |
| Groupe de travail | <u>Chef projet :</u> | |
| Moyens | | |
| Indicateurs de succès | | |
| Validation : | Date : | |

(D'après le cours de Mme COQUAZ, le projet d'établissement, EHESP, 2 avril 2008)