



**EHESP**

---

**Filière Directeurs des soins**

Promotion : **2011**

Date du Jury : **Décembre 2011**

---

**La place du président de la  
commission des soins infirmiers, de  
rééducation et médico-techniques au  
sein du directoire**

---

**Carole BILCIK-DORNA**

---

# Remerciements

---

Nous tenons à remercier les personnes qui nous ont accompagnées tout au long de la réalisation de ce mémoire, et particulièrement les professionnels ayant fait l'objet de notre enquête, pour leurs conseils prodigués et le temps accordé.

Nous exprimons notre gratitude envers les intervenants de l'EHESP qui nous ont aidés dans notre cheminement, et envers les collègues et amies de notre promotion pour les points d'étapes. Ils se reconnaîtront.

Et enfin, nous sommes reconnaissante à Georges Joniaux, pour son regard lucide et percutant, toujours disponible aux moments clés de notre carrière professionnelle.

*A Alexandre, Camille, Estelle et Isabelle*

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1 L'hôpital : de la culture de gestion à la culture de management</b> .....	<b>5</b>
1.1 Les réformes hospitalières transforment l'exercice du pouvoir des acteurs.....	5
1.2 Le construit social de trois corps professionnels à l'hôpital .....	6
1.2.1 Le corps des directeurs d'hôpital .....	7
1.2.2 Le corps médical .....	10
1.2.3 Le corps paramédical : .....	14
1.3 La gouvernance : un modèle de management public .....	17
1.3.1 L'environnement et les enjeux .....	18
1.3.2 Les nouvelles règles.....	20
1.3.3 Les formes d'organisation managériales .....	20
1.3.4 L'impact sur l'expertise des membres de droit du directoire.....	22
1.3.5 La communication et les réseaux d'information de ces trois acteurs.....	24
<b>2 Enquête : les membres de droit du directoire : un an après l'installation de cette instance</b> .....	<b>27</b>
2.1 La méthode d'exploration mise en œuvre .....	27
2.1.1 L'outil sélectionné.....	27
2.1.2 La population choisie.....	27
2.1.3 Les sites retenus pour l'enquête.....	28
2.2 Les impacts d'une nouvelle instance : le directoire .....	29
2.2.1. Une configuration organisationnelle encore hybride .....	29
A) Le directoire : un écart entre le prescrit et le réel.....	29
B) Les intentions des pouvoirs publics .....	30
2.3 Des risques de tensions entre les membres de droit du directoire .....	32
2.1.1 La perception de chacun des acteurs.....	32
A) Perception du PCSIRMT :.....	32
B) Perception du corps médical :.....	34
C) Perception du chef d'établissement .....	35
2.4 L'impact de la configuration du directoire .....	37
2.4.1 L'influence du PCSIRMT dans les prises de décision de cette instance .....	37
A) L'influence d'expertise.....	37
B) Les sources d'informations .....	38

C) La personnalité.....	39
D) Le statut .....	39
2.5 Vers une transformation des modes de prise de décision et de coopération .....	40
2.5.1 Des changements variables, selon les établissements .....	40
A) L'implication dans les projets .....	40
B) Un rapprochement avec le PCME .....	40
C) La sélection des chefs médicaux de pôle et des cadres paramédicaux.....	41
D) Le recrutement des médecins, .....	41
2.5.2 Les éléments moteurs de la coopération.....	41
2.5.3 Les facteurs de réussite du trio du directoire.....	43
<b>3 Le directoire : un outil de la coopération .....</b>	<b>47</b>
3.1 Les limites du changement.....	47
3.2 La portée du changement .....	48
3.3 Le renversement des perspectives comme conditions de la coopération .....	48
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>55</b>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Décret n°43-89 1 du 17 avril 1943 - portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.....	55
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>
ANNEXE I : Grille d'entretien auprès des membres de droit du directoire.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ANAP :</b>	Agence nationale d'appui à la performance
<b>ARS :</b>	Agence régionale de santé
<b>CEL :</b>	Conseil exécutif local
<b>CGS :</b>	Coordonnateur général des soins
<b>CH :</b>	Centre hospitalier
<b>CHU :</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CSIRMT :</b>	Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
<b>CME :</b>	Commission médicale d'établissements
<b>DS :</b>	Directeur des soins
<b>IDE :</b>	Infirmier diplômé d'État
<b>IG :</b>	Infirmier général
<b>Loi HPST :</b>	Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
<b>ONDAM :</b>	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
<b>PCME :</b>	Président de la commission médicale d'établissement
<b>PCSIRMT :</b>	Président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
<b>T2A :</b>	Tarifification à l'activité

## INTRODUCTION

La loi HPST<sup>1</sup> institue la territorialisation des politiques de santé. La continuité du parcours de soins du patient ou de l'utilisateur est l'intention recherchée, que s'articulent et se complètent les actions de prévention, les soins de premier et second recours ainsi que les prises en charge médico-sociales. Il s'agit de mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.

La mission de coordination des soins par les établissements de santé est affirmée. Désormais, l'hôpital s'inscrit dans cette offre de soins territoriale et doit prendre sa place dans les filières de soins en relation avec les autres offreurs de soins et acteurs de santé. Les coopérations, entre établissements publics de santé, les groupements de coopération sanitaire, l'optimisation et le développement d'activités médicales par les restructurations participent à cette adaptation de l'environnement pour mieux répondre aux besoins de la population. Le management des organisations se poursuit pour faire face à la concurrence entre les établissements de santé publics et privés. Dans ce nouveau contexte organisationnel, des mesures concrètes traduisent la volonté de réduire les barrières entre les différents acteurs du système de santé. De telle sorte que le cadre d'exercice des professionnels de santé et le mode de fonctionnement des établissements évoluent et transforment la gouvernance de l'hôpital public. L'assouplissement des règles de fonctionnement, la responsabilisation accrue du chef d'établissement et des chefs de pôle, le positionnement du directoire sur le pilotage stratégique de l'établissement et la place donnée au projet médical, vont dans le sens d'une organisation coordonnée du parcours de soins du patient avec un contrôle de la production de l'activité à un meilleur coût.

La « bonne gouvernance » attendue attire particulièrement l'attention sur les conséquences de la pluralité des acteurs sur les résultats attendus. Elle propose un processus continu de coopérations et d'accommodements pour dépasser des intérêts divers et parfois conflictuels au profit de l'intérêt collectif. C'est un profond changement dans l'organisation et le style de management à l'hôpital. Selon J.P Fourcade « Le statut, la spécialisation ou la vocation ne doivent pas être un obstacle à un travail en commun pour la prise en charge de la population. Il s'agit de s'attacher ensemble à organiser le parcours des patients »<sup>2</sup>.

La réforme hospitalière en cours offre les outils pour créer des synergies entre responsables médicaux, soignants et administratifs sur ces enjeux forts et la conduite du

---

<sup>1</sup> Loi n°2009-879 portant « réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » a été promulguée le 21 juillet 2009 et publiée au Journal Officiel du 22 juillet 2009

<sup>2</sup> FOURCADE JP., Rapport du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé. 2011

changement. En conséquence, elle affirme les principes de management et redéfinit les structures de gouvernance interne des établissements de santé, à travers ses nouvelles instances : le conseil de surveillance et le directoire.

Le directoire, représente une instance collégiale d'appui et de conseil du directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Son président est le directeur d'hôpital, chef d'établissement. Le vice-président est le président de la commission médicale d'établissement (CME). Et le directeur des soins est membre de droit, au titre de président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (PCSIRMT). Le directoire remplace l'ancien conseil exécutif, dans lequel, naguère le directeur des soins, coordonnateur général des soins, était invité par le directeur général.

Cette instance ainsi constituée représente la synthèse d'une ambition managériale et la volonté de développer une réelle interdisciplinarité afin que chacun apporte sa contribution au dispositif d'ensemble.

Les professionnels paramédicaux représentent en moyenne 75% de l'effectif global d'un hôpital, avec une diversité de métiers : des auxiliaires de soins (aide-soignant, auxiliaire de puériculture,...) et des personnels (infirmier, rééducateurs, manipulateur en électroradiologie, techniciens de laboratoire...) dont le niveau de formation professionnelle est assez exceptionnel et un niveau d'études se situant en moyenne à bac+3. Alors que paradoxalement, ce personnel a des exigences croissantes de participation et de reconnaissances. Il est sensible aux modifications de son environnement et aux évolutions de ses pratiques et organisations, et il souhaite en être partie prenante. Il s'agit d'un personnel peu syndiqué, dont les expressions de revendications s'expriment davantage par explosion que par l'expression de luttes continues, et que donc il faut savoir écouter et comprendre.

Sur un plan subjectif, c'est un personnel sensible aux logiques de métiers et à une certaine idéalisation de ses missions, et dont les valeurs ancrées sont toutefois sensibles aux changements générationnels et sociaux. De plus c'est aussi une ressource rare et indispensable au bon fonctionnement de l'hôpital. Les changements ne pourront se faire sans leur implication. Ainsi, le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, comme membre de droit du directoire est une reconnaissance du champ d'actions soignant dans les prises de décision sur les enjeux de l'hôpital. La loi confère à ces professionnels une « dimension nouvelle" dans leur fonctionnement, dont le rôle évolue vers une dimension plus stratégique et politique.

L'hôpital à l'image des autres organisations du service public est un système qui fonctionne à partir d'interactions soumises au pouvoir de l'État. L'enjeu « politique » dépend du nombre des acteurs et de leurs interrelations, et l'arrivée d'un nouvel acteur ou

la disparition d'un autre constituant des situations clés de changement organisationnel. C'est ce point que nous souhaitons explorer et analyser dans ce travail.

La configuration du directoire, qui associe trois membres de droit<sup>3</sup> rassemble ce qui est signifié comme les 3 pouvoirs à l'hôpital : le pouvoir administratif, le pouvoir médical, et le pouvoir soignant. Le terme pouvoir, sera examiné ici non pas comme lieu de confrontation et de corporatisme, mais au sens de M. Crozier et E. Friedberg<sup>4</sup> (1981), comme une relation entre des acteurs, dont un de ses atouts est de concourir au changement, afin d'affecter concrètement le fonctionnement et le résultat d'une organisation donnée.

Les conditions de nécessaire redéfinition de l'offre de soins et du rôle des acteurs, nous amènent à fonder notre hypothèse qu'une pratique de la coopération présente une source potentielle de changement. Plus précisément :

- Réunir ces trois acteurs dans le directoire a un impact sur les pratiques de coopération.
- Le partage d'une vision commune des membres de droit du directoire améliore l'organisation de la prise en charge du malade.
- La reconnaissance des possibilités et contraintes de l'autre permet la construction et le partage d'une vision commune.

Les questions suivantes sont ouvertes compte tenu de la modification des processus de gestion et de décision à l'hôpital qui induit une évolution du positionnement du directeur des soins<sup>5</sup> (DS) entre les équipes dirigeantes des pôles et les instances décisionnelles de l'établissement.

- Comment cet enjeu de travailler ensemble est-il compris pratiquement et stratégiquement par ces trois catégories d'acteurs.
- Quelles sont les conditions de la coopération et comment se manifestent-elles depuis la mise en place des directoires ?
- Quelle est donc la perception des acteurs sur les directeurs de soins nouvellement incorporés au directoire ?

Ainsi, nous avons choisi d'analyser quelques-uns des effets du directoire sur les pratiques de prises de décision et de coopération. En particulier en ce que concerne le rôle du DS.

---

<sup>3</sup> Nous choisissons d'inscrire ce travail dans le cadre du directoire d'un centre hospitalier et non d'un Centre Hospitalier Universitaire, dans lequel le vice-président doyen, à savoir le directeur de l'UFR ou le président de coordination de l'enseignement médical et un vice-président chargé de la recherche sont également membres de droit.

<sup>4</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E. 1981, L'acteur et le système, Paris, Collection Points Seuil

<sup>5</sup> Lire partout : directeur des soins, coordonateur général des soins, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Les questions qui ont présidé à notre enquête sont les suivantes :

- Le directoire est une nouvelle structure et remplace le conseil exécutif, quel est le changement perçu par les acteurs ?
- Le droit entérine-t-il des pratiques existantes dans les établissements de soins ?
- Les écrits, les rapports, les discours professionnels évoquent le binôme « chef d'établissement et PCME », le directoire réunit également le PCSIRMT, quel est l'impact de ce nouvel acteur ?
- Quel est le rôle attendu de ce nouvel acteur dans l'instance managériale et stratégique de l'hôpital ?
- Quel est l'impact du PCSIRMT dans la prise de décisions du chef d'établissement ?
- Comment se manifestent la coopération des membres de droit du directoire, dans un établissement de santé donné.

Le positionnement de chacun, les représentations sociales, sont marquées par une histoire qu'il est utile de connaître, car la coopération ne se décrète pas mais elle se construit. Et pour se construire il est nécessaire de comprendre les logiques qui animent les acteurs clés. Ainsi, nous présenterons dans une première partie, la construction des logiques professionnelles du corps des directeurs d'hôpital, des médecins représenté par le PCME et des paramédicaux représenté par le PCSIRMT afin de comprendre l'impact du management institué par la gouvernance.

Dans une deuxième partie, nous analyserons les entretiens menés auprès d'acteurs de trois établissements de soins, pour connaître les impacts du directoire, depuis son installation, en termes d'organisation et de pratiques professionnelles des acteurs.

Et, une synthèse des résultats, nous permettra de proposer dans une troisième partie, les limites et la portée des changements et les conditions de la coopération des membres de droit du directoire.

# 1 L'hôpital : de la culture de gestion à la culture de management

## 1.1 Les réformes hospitalières transforment l'exercice du pouvoir des acteurs

Débuter par la caractérisation du pouvoir c'est partir du principe que toute organisation est régie par des enjeux de pouvoir, internes et externes, auquel l'hôpital n'échappe pas. L'intérêt d'une réflexion sur ces enjeux est de comprendre les phénomènes liés à la transformation des relations entre les différents acteurs du fait de l'évolution de l'hôpital public. Et comment l'organisation hospitalière définit les activités et règle les relations entre les acteurs qui y sont impliqués.

Michel Crozier et Erhard Friedberg<sup>6</sup> considèrent que les membres d'une organisation ne se contentent pas d'être des agents qui répondent de façon mécanique et déterminée aux sollicitations techniques, financières et relationnelles de leur environnement de travail. Les acteurs sont dotés d'une marge de liberté, plus ou moins grande, à variations continues, mais jamais nulle. La relation de pouvoir est alors envisagée comme une relation d'échange et de négociation entre des acteurs interdépendants, et ce, qu'elle que soit leur position hiérarchique. Le pouvoir est une relation en situation donc contingente aux acteurs et à la structure dans laquelle ils agissent.

Analyser une relation de pouvoir exige la réponse à deux séries de questions :

- Quelles sont les ressources, d'ordre individuel, culturel, économique et social, dont chaque partenaire dispose ? C'est-à-dire ses atouts qui dans une situation donnée lui permettent d'élargir sa marge de liberté, donc de négociation. Qui signifie sources d'incertitude pour ses partenaires comme pour l'organisation dans son ensemble,
- Quels critères définissent la pertinence de ces ressources et leur caractère plus ou moins mobilisable. C'est-à-dire l'enjeu de la relation, et les contraintes structurelles dans lesquelles, elle s'inscrit. Ces contraintes s'imposent à tous les participants à la relation d'échange.

Crozier et Friedberg<sup>7</sup> distinguent quatre grandes sources de pouvoir :

- La maitrise d'une compétence particulière ou « expertise », selon la théorie sociologique
- Les relations entre une organisation et son/ses environnements

---

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> idem p.87

- La maitrise de la communication et de l'information : les canaux d'information entre les acteurs, définissent les possibilités d'accès des uns et des autres aux informations dont ils ont besoin pour leur stratégie respective.
- L'existence de règles organisationnelles générales avec le marchandage et les négociations qui peuvent se faire autour de ces règles ou leur contournement. Mais aussi les atouts propres de sanction/récompense qui apportent un poids plus grand dans les négociations.

Ces éléments théoriques apportent des clés de lecture pour appréhender les positions et le système de relation entre le chef d'établissement, le président de la commission médicale d'établissement et le président de la commission de soins. Mais aussi les modes d'actions collectives, définis comme une réponse contingente des acteurs, comme la coopération, afin de répondre à des objectifs communs, malgré leurs orientations divergentes.

Notre approche s'inspire de l'approche de la sociologie des organisations qui met l'accent sur l'autonomie des acteurs dans les choix stratégiques liés à leurs enjeux. Elle met au premier plan le problème du pouvoir, s'intéressent aux processus d'influence et aux conventions qu'ils passent plus ou moins explicitement entre eux.

L'influence sociale ou la pression sociale est l'influence exercée par un groupe sur chacun de ses membres aboutissant à lui imposer ses normes dominantes en matière d'attitude et de comportement. (wikictionnaire)

## **1.2 Le construit social de trois corps professionnels à l'hôpital**

Pour saisir le construit social des logiques professionnelles à l'hôpital, il convient d'analyser les relations qui se sont tissées, dans le temps, entre les trois groupes professionnels emblématiques des directeurs d'hôpital, des médecins et des soignants à travers les évolutions de l'organisation hospitalière.

Nous nous intéresserons plus particulièrement à l'hôpital public moderne, au moment où il s'est inscrit comme une des structures essentielles de l'État social par ses missions sanitaires et solidaires.

Néanmoins, il semble utile de rappeler que toute construction sociale est fondée sur un pré-construit socioculturel. C'est pourquoi un rapide rappel historique s'impose.

Jusque dans les années 30, l'hôpital accueillait essentiellement les déshérités et fonctionnait sur son patrimoine personnel, fait de dons et de legs. Le maire en était l'administrateur. L'instauration des assurances sociales et la création de la Sécurité sociale a apporté à l'hôpital des moyens financiers pérennes ; une administration hospitalière a été créée ; la formation des médecins a été réformée et ancrée au cœur de

l'hôpital public; un personnel soignant qualifié s'est développé et structuré. Commençons par l'administration hospitalière.

### **1.2.1 Le corps des directeurs d'hôpital**

Les nouvelles ressources de l'hôpital incitent l'État à s'engager dans le secteur de la santé. Pour cela il se dote d'un nouvel acteur et créé, avec la loi du 21 décembre 1941 une autorité appelée : « directeur ». Il s'agit d'un fonctionnaire nommé d'abord par le préfet avant de l'être par le ministre, montrant sa dépendance au pouvoir central. Le décret d'application stipule qu'il s'agit d'un « Agent, appointé par l'établissement, chargé d'exécuter les décisions de la commission administrative ». Il dispose du pouvoir de nomination sur l'ensemble du personnel, excepté le personnel médical dont la nomination appartient au ministre ou au préfet du département. Selon François Xavier Schweyer<sup>8</sup> (2006), l'émergence de cette profession est l'œuvre de l'État providence. Ses principes privilégiant les concepts d'équité, de solidarité et de droit à la santé pour chaque citoyen. Ce nouvel agent public porteur d'un certain idéal de justice sociale, le promoteur d'une conception du malade et de sa dignité qui rompt avec le principe de charité de l'hôpital hospice. Il administre « son » établissement, comme un entrepreneur, « un bon père de famille », de façon autonome et y favorise le progrès scientifique avec des équipements et techniques médicales que portent les médecins modernistes à partir de la réforme de 1958.

### **Développement d'une expertise de la fonction économique et gestionnaire**

L'hôpital, lieu de soins accessible à tous voit son activité se multiplier et nécessite un important recrutement de professionnels soignants. Le terreau est propice au déploiement de la médecine hospitalière et à la professionnalisation du directeur d'hôpital.

« Une nouvelle légitimité se dessinait qui n'était ni celle du notable « propriétaire » du patrimoine de l'hôpital, ni celle du médecin responsable de la santé de ses malades : il devenait possible de parler de l'hôpital, de sa conduite et de sa modernisation, sans être médecin »<sup>9</sup>. Cette légitimité s'affirme sur le plan statutaire et est confortée par la formation à l'École Nationale de Santé Publique, lieu de socialisation professionnelle qui participe à la naissance d'un esprit de corps et à l'émergence d'un pouvoir professionnel. Les budgets, de plus en plus conséquents à gérer imposent le développement d'outils comptables et de procédures administratives.

### **Structuration de l'organisation administrative**

« L'administration », selon le terme consacré par les personnels de l'hôpital s'étoffe. Apparaît une diversification des métiers au sein du corps des directeurs avec la création de fonctions spécialisées de plus en plus nombreuses au regard de la complexité

---

<sup>8</sup> SCHWEYER FX., « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales*

<sup>9</sup> Ibid.

grandissante de la gestion financière, du nombre croissant des professionnels et de l'extension, construction des structures. (Finances, gestion du personnel, affaires médicales, travaux, etc.). L'organisation interne de travail de l'hôpital se dessine. C'est une bureaucratie au sens wébérienne caractérisée par la hiérarchisation des fonctions, la professionnalisation et l'impersonnalité des règles, définie bien le fonctionnement de l'administration hospitalière. La loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970, crée la notion de service public hospitalier et de carte sanitaire, outil de planification. Elle donne aux directeurs une compétence générale d'administration et de gestion de l'hôpital aux dépens du conseil d'administration. L'hôpital public est chargé de la mission du service public de la santé dans le respect de ses quatre grands principes : continuité, égalité, neutralité et adaptabilité, son activité doit être continue, avec accessibilité de tous les usagers. De plus, l'hôpital public doit répondre aux impératifs liés à sa fonction d'enseignement et de recherche ainsi qu'à des missions d'intérêt général.

### **Directeur d'hôpital et corps médical : la cohabitation**

L'édification et l'essor de l'État providence scellent l'alliance dite, du bureaucrate et du professionnel : un financement massivement public, un accès universel, des professionnels médicaux bénéficiant d'une grande autonomie dans leur activité quotidienne. C'est ainsi que l'hôpital a été longtemps conceptualisé dans la sociologie des organisations, notamment avec Mintzberg, comme une « bureaucratie professionnelle » : deux lignes hiérarchiques, médicale et administrative, y coexistent et respectent leurs territoires et attributions respectifs.

« Jusque-là, les directeurs étaient plutôt des entrepreneurs locaux du service public hospitalier, soucieux d'offrir à tous les progrès de la médecine. Les principes républicains d'universalité et d'égalité formaient le ciment symbolique donnant consistance au groupe professionnel »<sup>10</sup>. C'est l'époque où le directeur attribuait les ressources sollicitées par le médecin, parfois pas suffisamment rapidement selon certains, mais les différends, schématiquement, s'arrêtaient là.

Jusqu'au début des années 80, le financement de l'hôpital était le prix de journée, système qualifié d'inflationniste au regard du développement conséquent d'une l'activité hospitalo-centrée couteuse. Mais cet élan est ralenti par la nécessité de contrôler la progression des dépenses de santé et la mise en place de politiques d'encadrement de la dépense. En effet, après l'ère des « trente glorieuses » (1950-1980), le modèle de gestion est au carrefour de deux problématiques : la recherche de l'équilibre des comptes qui devient objet de préoccupation pour les pouvoirs publics, et le souci d'une rationalisation de l'administration publique.

### **Les contraintes budgétaires déplacent les zones d'incertitudes des acteurs**

---

<sup>10</sup> Idem

Pour tenter d'encadrer les dépenses hospitalières, le budget global est adopté, et oblige le directeur à « mieux gérer » son établissement avec une enveloppe fermée des dépenses. Le budget global n'est pas toujours équitable, il a les mérites de montrer que les ressources allouées ne sont pas inépuisables. Mais cette réforme contient deux volets indissociables : le budget global et le PMSI, l'un contraint la dépense et l'autre prépare la tarification de l'activité. En conséquence première, la mise en regard du coût et de l'efficacité ou encore de l'analyse de la dépense et de la recette. Ce changement de financement constitue une contrainte forte pour les directeurs d'hôpital, bien qu'il les conforte dans leur utilité sociale de gestionnaires. Mais « l'alliance historique » qu'ils avaient nouée avec le corps médical se trouve bouleversée. En effet, les pouvoirs publics demandent aux directeurs de maîtriser des dépenses qu'ils ne peuvent contrôler puisque les ordonnateurs sont les médecins, en tant que prescripteurs d'actes. Actes que l'on va tenter d'évaluer quantitativement avec un programme de médicalisation des systèmes d'information.

La grande marge de manœuvre du corps médical qui existait jusqu'alors par rapport à la direction de l'hôpital commence à évoluer. Une direction, elle-même de plus en plus contrainte par les autorités de tutelle.

Dans la décennie 1990, l'État renforce son système d'emprise sur l'hôpital public et se dote d'outils de régulation qui transforment le métier de directeur d'hôpital. Le secteur hospitalier n'échappe pas, comme toute la société française au culte de l'entreprise et à la notion de client. Un fort courant « hôpital-entreprise », cherche à appliquer au secteur public des modes de gestion et d'incitation dérivés du secteur privé. L'État est à la recherche d'une « nouvelle administration » plus efficace, plus soucieuse des usagers et de la productivité de ses actions.

### **Le directeur d'hôpital manager : de nouvelles règles lui sont imposées**

La mise en place de la médicalisation des systèmes d'information, l'établissement de nouveaux rapports de coopération avec les professions de santé, des expériences d'organisation administrative nouvelles de décentralisation, déconcentration, se développent. Des méthodes de management connues des entreprises sont transposées aux établissements de soins, telles que la définition d'une stratégie, le management par projet. Le projet d'établissement est désormais un outil de contractualisation du chef d'établissement avec sa tutelle, cadrant l'évolution de l'hôpital, tant dans ses structures et son fonctionnement interne que dans ses relations avec son environnement. Il constitue un préalable à la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens, dorénavant institué comme mode de gestion. Il s'agit là, pour le directeur d'hôpital, d'une perte d'autonomie confirmée par la création des agences régionales de l'hospitalisation, des ordonnances de

1996 et la mise en place d'une procédure d'accréditation des établissements. Un double contrôle, quantitatif et qualitatif, des activités.

### **Des tensions entre l'administration et le corps médical : de nouvelles règles à trouver**

L'intensification des politiques de maîtrise des dépenses et le contrôle externe des structures de l'État sont de plus en plus prégnants. Le positionnement du directeur se transforme, son discours est perçu, par la communauté médicale et soignante dans son ensemble, comme une définition d'objectifs financiers et non plus comme des objectifs sanitaires. Le thème de l'équité et de la solidarité, sans être directement mis de côté, n'est plus la voie première pour traiter des modèles de protection de santé. Le discours est désormais de savoir comment garantir l'accès aux soins tout en assurant un financement soutenable pour l'économie. C'est la confrontation de deux concepts d'efficience et d'équité. Le directeur d'hôpital se voit pris dans un étau entre les injonctions des pouvoirs publics et les résistances du corps médical d'intégrer la dimension économique à leur pratique.

Aujourd'hui, L'hôpital est en crise et le malaise des professionnels s'accroît. Une nouvelle ère s'ouvre marquée par un mode de financement à l'activité. Dorénavant, le chef d'établissement ne gère plus des dépenses mais des recettes produites par les médecins, producteurs d'actes. Le fonctionnement des acteurs, que nous pourrions qualifier jusqu'ici de parallèle, n'est plus viable. Un rapprochement est inéluctable entre le corps médical et le directeur de l'hôpital, et se traduit par le plan hôpital 2007 avec la nouvelle gouvernance. La « gouvernance » provoque une résonance particulière dans le monde de la santé, précisément à la recherche d'une nouvelle direction, sinon du pilotage qui semble lui faire défaut<sup>11</sup>. En dépit des réticences de la part des directeurs à ouvrir les équipes à d'autres professions, l'association des médecins, des directeurs des soins et peut-être d'autres experts à l'équipe de direction semble inéluctable<sup>12</sup>.

#### **1.2.2 Le corps médical**

Jusqu'à la fin des années 50, le mode d'exercice médical est essentiellement libéral. Les médecins possèdent leur cabinet en ville et interviennent quelques heures par jour dans l'hôpital. « Ils n'en étaient pas moins en position de force par rapport à l'administration et leurs usages avaient valeur de règles. Leur importance sociale et morale fondait un pouvoir discrétionnaire, sorte de combinaison d'un pouvoir d'autoréglementation propre à une profession libérale et d'un pouvoir technico-charismatique fondé sur le savoir et l'expérience qu'eux seuls possédaient », contrairement aux directeurs d'hôpital. La

---

<sup>11</sup> CHABOT JM., 2009, Gouvernance, paradigme, métrologie et benchmarking ! fév. 2008, in Pratique médicale – Loi HPST. Analyses et Arguments. p.12

<sup>12</sup> Op.cit

première structure de consultation du corps médical dans l'hôpital public se met en place dès 1941, sous l'appellation de commission médicale consultative, mais n'est réellement structurée qu'en 1958. La nécessité d'organiser l'expression de la communauté médicale apparaît comme utile dès la création de la profession de directeur, dont le risque est la montée en puissance de ce nouvel agent de l'Etat. Progressivement, la loi remplace la notion de consultation à celle d'implication dans la gestion de l'hôpital.

Pour faire suite à la loi de 1941, le décret d'application d'avril 1943<sup>13</sup>, structure l'hôpital en services attachés à une discipline, sous la responsabilité d'un chef de service qui fait autorité. Les services regroupent plusieurs centaines de lits, en raison, d'un faible effectif médical. A cette époque, la fonction est peu rémunérée et peu honorifique. Jusqu'à l'avènement de l'hôpital moderne où le profil des malades change, en raison d'une prise en charge sanitaire et non plus uniquement médico-sociale. Le nombre de patients croît et l'hôpital public devient un formidable vivier pour la recherche clinique des médecins.

### **Les chefs de services, patrons de l'hôpital**

Les ordonnances de 1958<sup>14</sup> instaurent la médecine hospitalo-universitaire et recomposent l'offre hospitalière en créant le temps plein médical et le rapprochement de l'université et de l'hôpital. C'est la naissance des centres hospitaliers universitaires (CHU) avec des missions de soins, de formation, d'enseignement et de recherche. L'hôpital, lieu de soins, évolue également vers un lieu de formation pour tous les médecins, qu'ils exercent en ville ou se destinent à une carrière hospitalière. C'est l'organisation d'une reproduction du corps social médical.

Outre le développement de la formation des médecins et l'augmentation du nombre de médecins hospitaliers, l'introduction de la science, dans l'enceinte de l'hôpital, va bouleverser la médecine hospitalière, la complexification rapide des techniques médicales et des soins, et en conséquence, la spécialisation croissante. Les chefs de service disposent de pouvoirs très concrets sur l'hôpital, d'autant qu'il existe une proximité culturelle et sociale entre eux et le monde économique-politique. Pour conserver les jeunes médecins formés à l'hôpital, ils vont développer une stratégie de management et favoriser la multiplication des services. La densité médicale hospitalière va rapidement croître.

Son développement est tributaire d'une mise à disposition, par le directeur de l'hôpital, de tout un équipement en matériel et en personnel. Il est l'agent facilitateur sur le plan logistique. Si son pouvoir d'influence est restreint, il bénéficie malgré tout de ces évolutions des établissements. Cette question du dimensionnement des services a toujours été au cœur de la relation des médecins et des directeurs.

---

<sup>13</sup> Décret n°43-891 du 17 avril 1943 - portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

<sup>14</sup> Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des Centres hospitaliers et universitaires (CHU), à la réforme de l'enseignement médical et au développement de l'enseignement médical, dite réforme Debré

La question du coût ne se pose pas encore. Pourtant les dépenses de santé, dont les médecins sont ordonnateurs sont exponentielles et déjà en 1970, l'amélioration des pratiques et les innovations médicales entraînent une diminution de la durée de séjour des malades et interrogent sur le nombre excessifs de lits d'hospitalisation. Mais ces problèmes émergents dans l'hôpital ne sont pas du domaine médical. Il existe une séparation avec le domaine gestionnaire teintée d'indifférence.

Mais l'hôpital souffre de sa segmentation et les besoins de coordination sont grandissants. Parallèlement ont émergé un pouvoir administratif et un pouvoir soignant. Avec la planification, le développement de la réglementation, l'accroissement des emplois soignants, l'hôpital s'organise sur un mode de hiérarchies verticales cloisonnées qui commence à se heurter à la logique médicale.

Pourtant, jusque dans les années 80, les stratégies individuelles dominent les objectifs institutionnels. « Le pouvoir du corps médical s'exerce aussi bien dans le domaine stratégique – le choix des options marquant l'évolution à long terme de l'institution hospitalière – que dans le domaine opérationnel – le choix des modalités de fonctionnement courant. Le comportement du corps médical était ambigu dans son mode de fonctionnement. Il relevait d'un double mécanisme où coexistent deux attitudes :

- une forte tradition d'esprit de corps qui permet de faire face à la direction.
- une gestion conflictuelle des autres dossiers (recrutement, investissements, orientations stratégiques), avec priorité aux stratégies individuelles par rapport aux objectifs de l'institution ».<sup>15</sup>

### **Une puissance remise en question par la maîtrise des dépenses et les usagers**

La réforme sur le financement de l'hôpital, remplaçant le prix de journée au « budget global » et l'introduction du PMSI confrontent au principe de la réalité de la contrainte financière et du contrôle de l'activité médicale. Ce sont les prémises du changement culturel. Les médecins vivent un changement de règles, avec d'autres zones d'incertitude qui touchent leur propre identité, leur histoire et lieu pratique.

Selon Freidson<sup>16</sup>, c'est le contrôle de l'aspect technologique du travail qui fonde l'autonomie professionnelle de la médecine. Cette autonomie n'est pas conquise définitivement. Elle est assujettie à une politique de négociation avec l'Etat et les pouvoirs publics. Elle suppose aussi que les autorités et les patients reconnaissent la compétence et la valeur du savoir des praticiens. Si ces savoirs et compétences ne sont pas remis en question, le rapport des usagers à la puissance médicale est bouleversé par l'affaire du sang contaminé. Les exigences deviennent croissantes avec l'essor de la réglementation de vigilance sanitaire, la judiciarisation des relations et le développement des droits des

---

<sup>15</sup> NOBRE T. « *Management de la valeur et pouvoirs dans l'hôpital* », Université Louis Pasteur Strasbourg, Finance Contrôle Stratégie – Volume 1, N°2, juin 1998, pp. 113 – 135

<sup>16</sup> FREIDSON E., 1984, "La profession médicale", Ed Payot, p.369

patients. Les usagers entendent devenir des partenaires des soins. De plus, la notion de prise en charge globale s'impose progressivement au sein de la profession hospitalière, avec la composante organisationnelle qui y est attachée. La fonction thérapeutique est indispensable mais elle n'est plus suffisante pour une prise en charge globale dite de qualité. « On assiste ainsi à une évolution complexe et paradoxale poussant les médecins à collaborer dans la pratique médicale, ce qui constitue une forte rupture par rapport aux habitudes culturelles, et à s'engager, prendre parti, s'auto évaluer pour faire face à la contrainte budgétaire<sup>17</sup> ». La commission médicale d'établissement<sup>18</sup> (CME) a vu ses pouvoirs et ses compétences consolidés en matière d'implication institutionnelle. Si cette instance peut exercer un contre-pouvoir pour la direction, ses compétences délibératives portent aussi les jalons d'un processus de responsabilisation de la communauté médicale.

Il est nécessaire de réorganiser l'hôpital en interne et avec ses partenaires extérieurs. De le décloisonner mais aussi de l'évaluer. Les réformes relient le défi économique avec celui de la qualité. Les usagers, dont les exigences s'affirment, la perte de confiance en la toute-puissance médicale, le contrôle externe de l'activité avec le PMSI, la rationalisation des activités, la nature des prises en charge, la tarification à l'activité transforment en quelques années, et les pratiques et, le pouvoir médical. Si comme l'évoque F.X. Schweyer, dans son étude sur le rôle des directeurs d'hôpital dans l'organisation des soins, les transformations de l'hôpital conduisent les directeurs-managers à «encercler progressivement le pouvoir médical par le biais des règles de fonctionnement de type bureaucratique», on observe un rééquilibrage de ce pouvoir entre la communauté médicale et la direction de l'hôpital au travers de stratégies de coopération pour faire face

### **Contractualisation et acculturation médico-économique**

Le développement de la contractualisation et de l'objectif de maîtrise des coûts accroissent le poids des responsabilités gestionnaires par rapport aux responsabilités thérapeutiques (rôle croissant des cadres de direction, émergence de la figure de « chef de pôle », renforcement des objectifs gestionnaires imposés à l'encadrement médical). Or aujourd'hui, on juge un responsable sur sa compétence technique, mais aussi et surtout sur sa capacité à manager, animer une équipe, travailler dans la transversalité : il y a véritablement un changement du paradigme du professionnel. « Les différentes « affaires » qui pouvaient auparavant s'appuyer sur la remise en cause de la compétence technique du médecin à l'hôpital, se sont retrouvées justifiées, pour la plupart, non pas par rapport à la variable compétence technique, mais par rapport à la variable organisationnelle : les

---

<sup>17</sup> noble ibid

<sup>18</sup> Loi du 24 juillet 1987

«procès» dans le domaine médical sont de plus en plus fondés sur la preuve du défaut d'organisation du service ou de l'établissement »<sup>19</sup>.

Toutefois, contrairement aux administratifs, les médecins ont une double casquette, la première c'est celle du soignant, avec sa science, l'incorporation du progrès technique, l'émergence renouvelée des pathologies, leur libéralisme premier qui se définit comme colloque singulier et une seconde, membre d'une communauté hospitalière avec ses règles, contraintes. L'encadrement de l'activité médicale demeure donc partiel.

### **1.2.3 Le corps paramédical :**

A travers l'esquisse de la constitution du corps des directeurs d'hôpital et des médecins hospitaliers, nous percevons en filigrane, l'essor et la professionnalisation des métiers paramédicaux (à côté de la médecine) et particulièrement infirmiers, intimement liée à la vie hospitalière. Depuis la fin du XIXe siècle, la division des spécialités médicales, impose la spécialisation croissante des auxiliaires et des compétences de plus en plus pointues. Le métier infirmier ou « auxiliaire médical » est un prolongement de la profession médicale qui a le monopole de son exercice. Mais leur savoir et leur savoir-faire changent à mesure que les médecins se déchargent de leurs tâches et que les normes d'hygiène réclament une attention plus soutenue et plus experte ; des formations se mettent en place ; un diplôme d'État est créé en 1922<sup>20</sup> et, à partir de 1946, il n'est plus possible de travailler comme infirmière sans le détenir. Le premier décret de compétences date de 1947 ; il définit les actes médicaux que peuvent réaliser les infirmières<sup>21</sup>.

#### **Une recherche d'autonomie en rupture avec un modèle exclusivement médical**

L'hôpital public moderne avec le développement des soins curatifs et la réforme des études médicales modifie la nature de la pratique infirmière et les compétences requises. La prise en charge des malades est centrée sur la technicité. S'il s'agit de l'ère de « l'infirmière technicienne », « instrument » du progrès médical, son champ d'exercice commence à se diversifier autour de la personne malade et sa santé. Une expertise que les infirmières revendiquent et qu'elles détachent du rôle « prescrit ». Cette part d'autonomie, désignée par le « rôle propre », sera reconnue en 1978,<sup>22</sup> réaffirmée par des décrets successifs. Un champ de compétence professionnelle avant tout centré sur la santé et la personne humaine, et non exclusivement sur la maladie. Une nouvelle discipline se construit, en rupture avec le modèle essentiellement basé sur la médecine. L'infirmière devient partenaire de santé. Un savoir et des pratiques infirmières se différencient, accessible à la conceptualisation lorsque la recherche en soins infirmier a

---

<sup>19</sup> THOUVENIN D., 1995, *La responsabilité médicale*, Flammarion, Coll. « Médecine-Sciences ». 124. p

<sup>20</sup> Création du Diplôme d'État, Décret du 27 juin 1922

<sup>21</sup> Lire partout : infirmier, infirmière

<sup>22</sup> Loi n°78-615 du 31 mai 1978, relatif à la profession d'infirmière

complété l'éventail des compétences infirmières. Le processus de professionnalisation et la reconnaissance de la discipline se constatent, aussi bien à travers le cadre juridique que par la place d'acteurs qu'occupent ces professionnels dans le dispositif sanitaire.

L'histoire des infirmières, peut être déclinée de différentes manières, du point de vue de leurs rôles, statut et représentations, du point de vue de l'évolution permanente de leurs techniques dans le progrès médical., Ce travail ne peut pas véritablement restituer de cela, mais, l'un des indicateurs de cette histoire c'est la fonction des Directeurs des soins, L'émergence des DS, rend parfaitement compte des signes émis par le corps des paramédicaux. Par conséquent, rendre compte de l'évolution de la profession de DS, c'est d'une certaine manière rendre compte de l'évolution des professions paramédicale, celle de leurs savoirs, de leurs exigences nouvelles.

### **Un champ d'expertise : l'organisation des soins**

L'évolution des fonctions infirmières et de l'enseignement à dispenser soulève la question de l'encadrement. Une école des cadres s'ouvre en 1951. Ces écoles contribuent à l'émancipation de la profession infirmière par rapport aux tutelles médicale et administrative. Les médecins dictent une partie de l'activité des infirmières et c'est à la hiérarchie soignante d'organiser concrètement la manière dont les infirmières assurent les prescriptions. L'autorité des médecins est donc théoriquement circonscrite<sup>23</sup>.

Par leur nombre et la permanence de leur présence auprès des malades, les soignants connaissent les organisations de soins et problématiques des malades. La structuration hiérarchique des infirmières est assurée par des surveillantes et le besoin d'un interlocuteur identifié et unique auprès du directeur de l'hôpital devient incontournable pour maîtriser l'organisation.

Est créé, en 1975, le statut d'Infirmière Générale (IG) et le service infirmier. Pour la première fois, les soins infirmiers sont nommés et placés comme activité et le service infirmier est associé comme structure fonctionnelle de l'établissement. Cette période coïncide avec une forte pénurie infirmière et il s'agit alors pour l'Infirmière Générale (IG) d'une fonction de gestion du personnel et des actions des personnels soignants, ce qui la rapproche des services administratifs. Une infirmière qui ne l'est plus pour le corps médical et perçue comme, avant tout, une infirmière par la direction, à qui il n'est pas toujours reconnu, en raison de « sa fibre soignante et non gestionnaire », la capacité à accompagner les décisions. Pourtant, une formation d'adaptation à l'emploi est réalisée à l'École Nationale de Santé Publique, lieu de formation des directeurs d'hôpital, qui indique bien sa place pour l'action en équipe de direction.

---

<sup>23</sup> JOUNIN N., WOLFF L. Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé. DREES n°64 – octobre 2006

La quête d'une identité originale soignante pour les infirmières, n'a pas abouti à la constitution d'une « troisième voie » entre la logique médicale et la logique administrative. Au contraire, le nouvel encadrement a renforcé la logique administrative par l'apport de compétences techniques. Cependant les directeurs d'hôpital ont tout fait pour juguler la montée d'un nouveau pouvoir et leur stratégie a été de donner un caractère local aux nouveaux statuts accordés. L'absence d'une gestion nationale a affaibli les infirmières générales en les privant de visibilité et en les soumettant aux directions des établissements. Il n'en demeure pas moins que les IG ont recherché et mis en place partout des organisations et des pratiques de soins aptes à favoriser une communication inter-service et des outils aptes à générer de l'unité. Cela en dépit d'hôpitaux historiquement et fonctionnellement cloisonnés, qui marquaient une forte préférence pour la culture de service. Des parcours qualifiants ont été organisés, particulièrement, celui de la promotion des encadrements paramédicaux autant que celui des étudiants en soins. C'est le temps des projets de soins.

### **Une structuration hiérarchique et institutionnelle**

A la fin des années 80, plusieurs mouvements sociaux mobilisent des infirmières qui se cherchent une posture nouvelle entre la nonne d'hier, l'agent d'exécution du médecin et l'infirmière en lien direct avec le malade. Alors même que le corps infirmier tire sa légitimité de ses prestations, de ses connaissances, de sa capacité à gérer et innover dans le domaine des soins et de l'organisation du travail, les principales décisions relatives aux projets hospitaliers sont prises en dehors de toute concertation institutionnalisée. La réponse aux attentes des infirmières a consisté pour l'essentiel à créer un encadrement hiérarchisé qui a trouvé son aboutissement avec la création en 2002 des « directeurs des soins ». Le changement de statut et le passage du terme « Infirmière Générale » à « Directeur du Service des Soins Infirmiers » ont un impact symbolique et fonctionnel de poids. La loi du 31 juillet 1991 instaure une direction du service de soins infirmiers, structure institutionnelle, et une commission du même nom. Le législateur donne au personnel infirmier une structure représentative à part entière, qui facilite la concertation et la participation aux choix des grandes orientations institutionnelles.

Les changements en cours dans les hôpitaux ne peuvent se faire sans l'implication et l'accompagnement des professionnels paramédicaux. Dans des périodes difficiles de restructurations, de transfert d'activités, les effets produits sur les équipes de soins, représentant en moyenne 70% du personnel, sont à apprécier pour manager un établissement. Le directeur des soins devient un partenaire pour porter et expliquer les réformes, tout autant pour en faire connaître au Directeur, les contraintes qu'elles imposent.

L'article L. 6146-9 du code de la santé publique dispose que « dans chaque établissement, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur ». Chaque établissement doit comprendre dans son organigramme de direction un directeur des soins chargé de la fonction de coordination générale de soins. Avec la loi HPST, ses missions renforcées au niveau stratégique sont clairement identifiées, en complément des missions de niveau plus opérationnel. D'un point de vue stratégique, il « contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ». En conformité avec les principes d'égalité et de neutralité, sa mission transversale nourrit par une approche systémique le rend garant, au sein de l'établissement, d'une politique de soins cohérents et complémentaires au regard des besoins des usagers, pas uniquement médicaux, et de l'offre de soins.

Ces innovations sont d'importance car elles tendent aussi à resituer les enjeux de pouvoirs (consultatifs, décisionnels) dans l'hôpital qui, partant du seul pouvoir médical antérieur (charismatique) a évolué vers une collaboration avec le pouvoir rationnel légal (administratif), pour parvenir enfin à la reconnaissance d'une tripartition : pouvoir médical, pouvoir administratif, pouvoir paramédical<sup>24</sup>. Trois pouvoirs, donc trois visions professionnelles à fédérer pour conférer une cohérence à l'institution hospitalière.

### **1.3 La gouvernance : un modèle de management public**

C'est un modèle qui transforme en profondeur les relations de pouvoir au sein de l'organisation hospitalière.

Rappelons que Gouverner<sup>25</sup> a d'abord le sens d' « exercer le pouvoir politique » et celui de « diriger la conduite de quelque chose ou de quelqu'un ». Puis, en moyen français, le verbe gouverner quelque chose a le sens de « en prendre soin » (1360), spécialement « administrer avec épargne ». Gouverner a aussi dès le XI<sup>e</sup> siècle, le sens latin de « diriger un navire », d'où vient le sens de « conduire ».

Ainsi, La gouvernance s'inscrit dans la quête permanente de meilleurs systèmes de gestion des hommes et des ressources. Pour la gouvernance, la décision, au lieu d'être la propriété et le pouvoir de quelqu'un (individu et groupe), doit résulter d'une négociation permanente entre les acteurs sociaux, constitués en partenaires d'un vaste jeu<sup>26</sup> ».

---

<sup>24</sup> Le décret du 18 avril 2002 intègre tous les professionnels paramédicaux à une direction des soins. Ce décret réalise l'unité dans l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

<sup>25</sup> REY A. 2007, *Dictionnaire historique de la langue française*. Le Robert

<sup>26</sup> MOREAU DEFARGES P. (2003) *La gouvernance*, Que sais-je, PUF

La gouvernance, « nouvelle » approche managériale pour les établissements de soins, s'inspire de pratiques et d'un vocabulaire valorisés de l'entreprise privée pour une culture de la « performance ». Selon Eric Molinier, l'hôpital dispose de marges de manœuvre en termes de gains de productivité, autour de deux axes forts : l'optimisation de l'organisation d'une part et l'amélioration des pratiques médicales et soignantes d'autre part<sup>27</sup>. L'ensemble du discours sur la réforme est orienté vers l'amélioration du soin à travers une organisation accrue. La gestion devient le garant de la qualité et la possibilité de fournir dans le futur une offre pertinente. Car les établissements de soins sont confrontés à un environnement et des enjeux multiples et complexes.

### **1.3.1 L'environnement et les enjeux**

Le contexte économique et financier, Les dépenses de santé sont réputées exponentielles. Outre l'instauration de l'ONDAM<sup>28</sup> depuis 1996, une politique d'incitation et de régulation conduit à une économie des moyens et à une transparence des coûts. La tarification à l'activité (T2A) a profondément modifié la gestion financière des établissements de santé, en transformant une logique de dépenses en une logique de recettes. Néanmoins, l'augmentation de la productivité exigée aux médecins ne garantit pas un niveau de budget et l'adaptabilité des pratiques, en raison notamment des bases de rémunération des activités médicales.

A ces impératifs financiers doivent être associées la qualité des soins et des pratiques professionnelles régulièrement évaluées, et la place de l'hôpital concerné au sein de son réseau de soins territorial. Bien d'autres aspects doivent être pris en compte. A savoir :

Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les pratiques médicales et soignantes : le développement des recommandations de bonnes pratiques et d'évaluation des professionnels de santé font de la qualité des soins un enjeu majeur de l'organisation du système de soins. La deuxième version de l'accréditation place la qualité des pratiques médicales au centre de la démarche et vise à faire de la qualité un instrument essentiel de la régulation du système de santé. L'appréciation du service médical rendu au patient ; le renforcement de l'évaluation de la politique et de la qualité du management ; l'accent mis sur la gestion des risques.

Des indicateurs, contrôles de performance sont établis pour réguler les risques comme par exemple, les infections nosocomiales, génératrices de coûts humains et financiers. Selon l'ANAP<sup>29</sup>, la correction des événements indésirables pourra à terme générer des économies et une meilleure qualité de soins.

---

<sup>27</sup>MOLINIE E, *L'hôpital public : bilan et perspectives, Etude du conseil économique et social*. 2005

<sup>28</sup>ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie. Voté annuellement par le parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

<sup>29</sup>ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

Accélération du progrès médical. Les progrès de la médecine ont un impact important sur les modes de prise en charge des patients et les ressources à mobiliser. La réactivité face à ses changements concerne les compétences professionnelles et les organisations.

Renforcement des droits des usagers, « La notion d'usagers s'applique, non seulement à la personne malade et à ses proches mais, plus largement, à tout utilisateur avéré ou potentiel du système de santé, dans les domaines sanitaire et médico-social, en établissement comme en ambulatoire ou en prise en charge à domicile. Il s'agit donc d'une conception large qui englobe les notions d'«usager», de personne malade, de patient, de personne, de citoyen, de client... chacun ayant des attentes spécifiques à faire valoir»<sup>30</sup>. Les représentants des usagers sont impliqués dans les instances locales, régionales et nationales pour la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Mais également dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ils participent à l'exercice du contrôle des organisations et des pratiques professionnelles.

#### Adaptation de l'offre de soins au vieillissement démographique

L'augmentation de l'espérance de vie de la population crée des besoins de santé différents. Les maladies chroniques nécessitent des prises en charge qui ne sont plus uniquement sanitaires et médicales. L'approche globale de la personne prend son sens dans la réflexion sur les processus de prise en charge. Il s'agit de repérer, les problèmes d'orientation, les difficultés de sortie et les interactions avec les services support médico-techniques. Cette analyse est globale et ne s'attache pas à l'aspect strictement clinique de la prise en charge mais bien au parcours des patients qui nécessite des interfaces et coordination médico-sociales.

#### Accroissement du pilotage régional

Les agences régionales d'hospitalisation (ARS) participent de la recomposition de l'offre de soins sur le territoire des établissements de santé et incitent aux coopérations et restructurations du tissu sanitaire des établissements, publics et privés. C'est restructurations basées sur le partage d'activités introduisent la concurrence et le principe des parts de marché autour des activités de soins.

La description, même succincte de ces enjeux, nous laissent percevoir les conséquences en terme de changements structurels, de pratiques professionnelles médicales, soignantes et administratives : techniques et relationnelles. De fait, le modèle dit « bureaucratique » a été déclaré inefficace. L'objectif est d'introduire un esprit d'entreprise dans l'hôpital, celui-ci devant être guidé par ses missions et ses buts et non par les règles et procédures.

---

<sup>30</sup> <http://www.sante.gouv.fr/les-droits-des-usagers,5928.html> consulté le 25 août 2011

### 1.3.2 Les nouvelles règles

Les réformes à travers les ordonnances de 2005 et la loi HPST déploient des outils pour approfondir les synergies entre les responsables médicaux, soignants et administratifs et conduire le changement. Les principes reposent sur la responsabilisation des acteurs, le décloisonnement et la collaboration de tous. A savoir :

Le pilotage médico-économique, La direction de l'hôpital ne gère plus les dépenses d'un budget acquis mais des recettes. L'instauration de la T2A, placent les médecins en tant que producteurs de recettes pour l'hôpital à travers la rémunération des actes.

La contractualisation. Les relations sont contractuelles entre la direction de l'établissement et les chefs de pôle, passant par la définition d'objectifs et de moyens et l'évaluation des résultats. Les contrats de pôles sont définis en fonction du projet médical d'établissement. Les chefs médicaux de pôle deviennent des managers dont, nous pouvons nous interroger sur l'équilibre à trouver entre le contrat de soins avec le malade versus le contrat d'objectifs et de moyens.

La structure managériale s'appuie sur le modèle des pôles cliniques et médico-techniques comme entité opérationnelle. Leur conduite est confiée à un trio de pôle dont le chef est membre du corps médical : Des délégations de gestion sont prévues pour aboutir à une décentralisation des pouvoirs et tendre vers un management opérationnel au plus proche du terrain et des besoins des patients. Le management s'appuie sur le principe que ne doit demeurer à l'échelon central que ce qui ne peut être délégué à l'échelon local<sup>31</sup>.

Richard E. Freeman utilise cette définition d'une théorie de management: « dans une corporation, les parties prenantes sont des individus et des groupements qui contribuent volontairement ou non, à la capacité de créer de la valeur et de l'activité et qui en sont ses bénéficiaires potentiels et / ou en assument les risques ».

### 1.3.3 Les formes d'organisation managériales

Avec la loi HPST et le recul sur la mise en place de la gouvernance, l'organisation des établissements de santé par pôle d'activité s'accompagne d'une nouvelle répartition des pouvoirs entre les instances décisionnelles.

La notion de pilotage d'établissement s'affirme avec une nouvelle architecture de fonctionnement :

- les conseils d'administration disparaissent au profit d'un conseil de surveillance,
- le directeur dirige avec un directoire qui remplace le conseil exécutif.

Cette architecture procède de la séparation de la gestion, qui incombe au directoire, et du contrôle, qui relève du conseil de surveillance. Ainsi nous avons à considérer :

---

<sup>31</sup> FOURCADE JP. Ibid.

Le conseil de surveillance est recentré sur les décisions stratégiques et le contrôle de la gestion de l'établissement, mais c'est le directeur, assisté du directoire qui élabore et conduit la politique de gestion, la stratégie de direction de l'établissement. Toutes les lois depuis 1941 jusqu'à l'ordonnance de 2005, ont donné du pouvoir au directeur, au détriment du conseil d'administration, le conseil de surveillance qui a perdu les siens.

Le pilotage stratégique est mis en œuvre opérationnellement par les pôles, dans le cadre d'une contractualisation renforcée ; les chefs de pôles s'appuient non plus sur des chefs de service mais des responsables de structure interne (médicales, médico-techniques et administratives). Ce qui remet en question toute une culture de chefferie de service et des pratiques autonomes de fonctionnement. Les pôles d'activité assurent, par la contractualisation interne, la gestion quotidienne et la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'hôpital, grâce à une diffusion de la culture médico-économique et une appropriation des outils de pilotage<sup>32</sup>.

#### Le directoire : un focus

Il s'agit d'un organe de décision. Le directoire constitue la structure de management. Le directoire présidé par un directeur nommé par un arrêté pris par le Directeur général du centre national de gestion (CNG), sur proposition du Directeur général de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) et après avis consultatif du Président du Conseil de surveillance. Le directoire comprend sept membres. Il est composé de quatre membres du personnel de l'établissement nommés par le directeur, dont trois sur proposition du président de la CME, vice-président.

Il est dégagé d'une notion de parité, entre l'équipe de direction et les médecins, qui pouvait nuire aux prises de décisions. Le directoire permet, sous la présidence du directeur, une association directe et majoritaire des praticiens hospitaliers<sup>33</sup>, en général chef de pôle, à la structuration de la stratégie de l'établissement, à sa conduite et mise en œuvre, et à son évaluation. « *Bien qu'ils soient nommés par le chef d'établissement, ils constituent un contre-pouvoir, afin d'assurer l'équilibre au sein de l'établissement*<sup>34</sup> ».

Le directoire est une instance de conseil et dans deux cas une compétence décisionnelle :

- il approuve le projet médical et
- prépare le projet d'établissement qui s'appuie sur le projet de soins.

Ce qui signifie clairement que les décisions qui interviennent sont des décisions du président du directoire et non du directeur.

---

<sup>32</sup> Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

<sup>33</sup> Le directoire est une instance à majorité médicale, pharmaceutique, maïeutique et odontologique

<sup>34</sup> MARIN Ph. « *Conseil de surveillance et directoire. Les instruments juridiques d'une révolution de velours* ». Revue hospitalière de France. N°535 Juillet-Août 2010

La composition de chaque instance détermine sa légitimité. Le mode de constitution peut relever de trois modalités : les membres de droit, les membres désignés par une autorité extérieure, les membres élus par un collège extérieur.

Le mode d'accès à une instance conditionne la légitimité, et surtout la place reconnue à chacun de ses membres. Ainsi, un membre de droit, est nommé par le président de l'instance et possède un mandat lié à sa fonction. Il n'est ni désigné, ni révocable.

Ici, la fonction est liée à la présidence d'une instance. Pour le médecin : la commission médicale d'établissement ; pour le directeur des soins, coordonnateur général des soins : la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Les professionnels sont une variable importante dans le processus de changement. La réorganisation de la gouvernance des établissements de santé a des effets restructurant sur le rôle et le positionnement des acteurs. « Pour la gouvernance, la décision, au lieu d'être la propriété et le pouvoir de quelqu'un (individu et groupe), doit résulter d'une négociation permanente entre les acteurs sociaux, constitués en partenaires d'un vaste jeu<sup>35</sup> ». Centrons-nous sur les membres de droit du directoire.

### **1.3.4 L'impact sur l'expertise des membres de droit du directoire**

#### *Le chef d'établissement*

La loi HPST accroît sensiblement les pouvoirs du directeur. Il a une compétence générale pour « régler les affaires de l'établissement », même si les instances –conseil de surveillance et directoire- ont des compétences spécifiées. Ce qui ne signifie pas non plus qu'il décide seul. Il doit au préalable « se concerter » avec le directoire, décider sur « proposition » du PCME ou du chef de pôle, prendre l'avis des institutions représentatives du personnel. « Le directeur d'hôpital doit être très ouvert et savoir travailler avec des professionnels qui ont reçu d'autres formations, pour conduire l'hôpital avec eux, sans avoir la même culture qu'eux » A. Podeur<sup>36</sup>

La gouvernance est un changement de paradigme Mais si le directeur de l'hôpital est requis pour être le décideur dans l'hôpital, il est aussi soumis à des contraintes externes qui contraignent d'autant ses marges de manœuvre. Notamment les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens négociés avec le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (DARS) et dont dépend le financement de l'établissement. De plus, rappelons également que le chef d'un établissement de santé est nommé<sup>37</sup> et évalué par le DARS.

Les praticiens hospitaliers (PH), jusqu'à la loi HPST, nommés par le ministre de la santé, sont désormais choisis et affectés par le directeur. De même, la nomination des chefs de pôle se fait, sur proposition du PCME, d'une liste de trois médecins au directeur. Ce

---

<sup>35</sup> MOREAU DEFARGES P. (2003) La gouvernance, *Que sais-je*, PUF

<sup>36</sup> Directrice Générale de la Direction Générale de l'Offre de Soins

<sup>37</sup> Le chef d'établissement d'un CHU reste nommé par le ministre de la santé.

nouvel usage requiert sans doute une réalité de négociation avec la richesse des échanges et des compromis quelle comporte.

La gouvernance a un impact sur la place des directeurs adjoints dans le dispositif de management. Ils deviennent prestataires de service des pôles auxquels ils apportent leurs compétences techniques. Il s'agit d'un changement de perspective. Elles doivent passer d'une culture verticale forte, dont elle constituait le sommet, à une structure horizontale de prestations de service, de coordination et d'animation<sup>38</sup>. Le comité de direction est un outil de management du directeur et réunit justement son équipe de directeurs adjoints et le directeur des soins. Le directeur travaille avec son équipe pour rendre opérationnels des choix qui ont été faits pour l'établissement et traiter tous les aspects techniques, logistiques, administratifs qui ne sont pas forcément à considérer ailleurs. Il dispose de ce comité de direction qu'il constitue à son grès et y impose son style de management.

#### Le président de la commission médicale d'établissement (PCME)

Il coordonne la politique médicale de l'établissement et élabore le projet médical avec le directeur, en concordance avec le projet d'établissement qui lui-même s'appuie sur le projet de soins. Il émet des avis sur la nomination et la mise en recherche affectation des praticiens hospitaliers, sur le contenu des contrats de pôle.

Le rôle du PCME s'est fortement accru mais principalement lié à son titre de vice-président du directoire, pour lequel lui sont conférés des missions et un statut. Il est pleinement impliqué dans le management global de l'établissement.

Le comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, présidé par J-P. Fourcade, s'est interrogé sur le risque des présidents de CME de se trouver écartelés entre leur rôle de dirigeant et celui de représentant de la communauté médicale. En effet, le PCME est élu par ses pairs et à ce titre, il a un double rôle : de représentations de ses collègues et en tant que vice-président du directoire, il est amené à remplacer le président en son absence. Il doit rendre compte de l'exercice de son mandat à l'institution qui fonde sa légitimité. Cette situation crée une synergie entre le directeur et le PCME, mais peut potentiellement être source de conflits. D'autant plus que la commission médicale a perdu de ses prérogatives et certains médecins se sentent exclus de la consultation sur de nombreuses questions d'intérêt majeur pour le fonctionnement de l'hôpital.

Le président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (PCSIRM). La référence de l'action du PCSIRMT, membre de droit du directoire, est le statut des directeurs des soins de septembre 2010<sup>39</sup>. Il précise qu'à ce titre « il contribue à

---

<sup>38</sup> FOURCADE JP. Idem

<sup>39</sup> Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ».

Les DS ont pour mission de faire entrer l'ensemble des paramédicaux dans une modernité, qui est autant celle des progrès techniques que des progrès professionnels de prise en charge et en même temps de les accompagner. Le DS voit ce qui se passe dans le monde, les orientations que prennent les métiers paramédicaux. Il est au cœur des pratiques, des organisations et des métiers. Il est celui qui met à disposition des compétences et propose des organisations possibles.

Les attributions professionnelles des membres de droit du directoire montrent qu'il y a là un nouveau management collégial à inventer et à faire vivre par les professionnels concernés. Comme l'évoque Annie Podeur, « Un lien fort avec la communauté médicale et soignante pour porter leurs attentes et leurs préoccupations et pour éclairer les choix managériaux.

### **1.3.5 La communication et les réseaux d'information de ces trois acteurs**

Chacun des membres de droit du directoire disposent d'outils de management réglementaires ou non.

La Commission Médicale d'établissement<sup>40</sup> (CME), Le président est élu par ses pairs.

Cette commission contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des patients. Elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Cette instance est à présent positionnée sur la gestion de la qualité des soins, admise comme un levier pour orienter l'organisation et le fonctionnement global de l'hôpital sur des objectifs à caractère médical.

La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques<sup>41</sup> (CSIRMT)

Le directeur des soins, coordonnateur général des soins est le président de cette instance dont les membres sont élus par collègues.

La CSIRMT est consultée sur le projet de soins élaboré par le coordonnateur général des soins et l'organisation générale des soins et la politique d'amélioration continue de la qualité, sécurité et gestion des risques liés aux soins.

Elle est informée sur le règlement intérieur et le rapport annuel de l'établissement.

Cette première partie a décrit tant les pré-construits culturels que l'histoire de l'hôpital produit par rapport aux fonctions et aux statuts de ses membres. C'est la raison pour

---

<sup>40</sup> Décret du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement

<sup>41</sup> Décret du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé

laquelle les nouveaux dispositifs voulus par la loi et les caractéristiques du nouveau management, posent plusieurs questions :

- De cet ensemble nouveau, quelle est l'évolution de l'interaction et du fonctionnement des « 3 pouvoirs » : les avantages, les inconvénients, les zones de frictions et d'ententes ?
- Quelle est la perception que les acteurs, ont du changement et de la place de membre de droit du PCSIRMT au directoire ?
- Quelle est son auto-perception ?
- Quelles perspectives peut-on envisager pour accompagner le changement ?

L'enquête décrite dans la deuxième partie, réalisée sur trois sites hospitaliers, devrait nous permettre de mieux considérer les effets produits.

## **2 Enquête : les membres de droit du directoire : un an après l'installation de cette instance**

### **2.1 La méthode d'exploration mise en œuvre**

#### **2.1.1 L'outil sélectionné**

Nous avons choisi l'entretien semi-directif car il est l'outil de recueil des informations le plus adapté aux éléments recherchés. Ainsi nous avons recueilli des informations sur les modes de fonctionnement des établissements, et les avons faites expliciter par les personnes interviewées. Tant pour des raisons pratiques (possibilité de lecture rapide) que comparatives, une grille d'entretien et d'analyse (Annexe 1) a été conçue, permettant ainsi une harmonisation des restitutions.

En parallèle, des recherches documentaires ont permis d'appréhender le contexte législatif, institutionnel et social, d'affiner la problématique, de compléter les informations obtenues au cours des entretiens. Ces recherches ont eu pour but de replacer les paroles recueillies dans un contexte qui les a produites afin d'expliquer les différentes manières de réagir face à une situation commune.

#### **2.1.2 La population choisie**

Nous avons interviewé les membres de droit de trois directoires :

- Trois chefs d'établissement,
- Trois coordinatrices générales des soins, présidentes de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.
- Nous n'avons eu d'entretien qu'avec deux des présidents de la commission médicale. Le troisième n'a pas souhaité être interviewé, considérant que le directoire était inopérant dans son établissement, car, selon lui, aucune décision n'y était prise.

Nous avons également interviewé le responsable de la filière de formation des directeurs de soins de l'école des hautes études en santé publique pour recueillir son point de vue en tant que coordonnateur général des soins mais surtout comme intervenant à la formation proposée aux membres des directoires des établissements de santé.

Selon l'accord des interviewés, les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement ou d'une prise des notes et ont duré en moyenne une heure à une heure trente. Le corpus des entretiens a été traité selon la méthode de l'analyse thématique à partir des thèmes abordés dans le guide d'entretien.

Nous avons également tenté de recouper les éléments du discours des interviewés avec des situations concrètes pour illustrer la coopération des membres de droit du directoire et l'ancrer dans une réalité.

### **2.1.3 Les sites retenus pour l'enquête**

Nous avons ensuite choisi de réaliser une enquête qualitative sur trois sites hospitaliers MCO. Il ne s'agissait pas de réaliser une comparaison car chaque site vit un contexte et une histoire différents qui ne permettent pas de généraliser les données. Il s'agit d'une enquête exploratoire pour identifier l'interprétation des décrets concernant la mise en place du directoire par les établissements et les changements potentiels de pratiques entre les membres de droit, notamment en terme de coopération et de prise de décision pour l'établissement.

Le premier terrain d'enquête retenu est un centre hospitalier universitaire inscrit dans un groupe hospitalier. Les équipes médicales, soignantes, de direction ont engagé début 2009 une démarche de rapprochement et de consolidation de trois sites autour de pôles d'excellence. La nouvelle configuration du groupe hospitalier a modifié l'organisation de l'équipe de direction. Elle s'articule autour du directeur du groupe hospitalier, secondé par un directeur sur chaque site. Une méthodologie soutenue par des groupes de travail médico-soignants, administratifs a permis de définir et de partager les grands axes stratégiques 2010-2014 pour le groupe hospitalier. Le climat social est stable.

Le deuxième établissement, est un centre hospitalier qui a vécu de grandes difficultés budgétaires. Suite à un audit réalisé par des conseillers généraux, missionnés par les tutelles, un contrat sur trois années a été signé, afin d'assurer le retour à l'équilibre financier de l'établissement. Le plan d'actions mis en œuvre a reposé sur une gestion médico-économique drastique qui s'est exprimée par de nombreuses restructurations et fermetures d'unités de soins, un développement de la chirurgie ambulatoire et, une réduction des effectifs, notamment soignants. Les efforts engagés et les résultats obtenus par cette nouvelle politique ont permis de rassurer les tutelles et l'établissement s'est vu aidé par des subventions pour la construction de la 1<sup>ère</sup> tranche d'un nouvel Hôpital.

Le troisième établissement est également un centre hospitalier qui est aujourd'hui dans d'importantes difficultés financières, auquel il est demandé de réaliser une communauté hospitalière de territoire avec transfert d'activités MCO vers un centre hospitalier voisin. Ce projet en cours, suscitent des tensions majeures entre la direction et le corps médical. C'est sur ce site que le PCME n'a pas souhaité s'exprimer.

## 2.2 Les impacts d'une nouvelle instance : le directoire

### 2.2.1. Une configuration organisationnelle encore hybride

Les trois sites qui ont fait l'objet de notre étude n'ont pas véritablement modifié leur instance. Le principe général est annoncé comme un directoire élargi, soit la présence de tous les chefs de pôle et de l'équipe de direction.

Le centre hospitalier 1 a choisi de réunir un directoire élargi, comprenant plus de directeurs adjoints que les textes le prévoit, et des chefs de pôle.

L'option des centres hospitaliers 2 et 3 est de conserver une instance, dans laquelle l'ensemble des chefs de pôle et de l'équipe de direction est invité et éventuellement des médecins chargés de dossier particulier qui peuvent intéresser les chefs de pôle. En séance, un vote est réservé aux membres de droit et membres nommés conformément au texte réglementaire. Cette pratique du vote n'est pas prévue par les textes. Le vote est contraire à l'esprit du directoire qui est fondé sur le dialogue et la recherche de consensus. Il est à noter que le directeur adjoint, nommé par le chef d'établissement, est le directeur financier dans les trois établissements.

#### A) Le directoire : un écart entre le prescrit et le réel

Dans les interviews, les éléments de changement entre le directoire et le conseil exécutif apparaissent mais de façon discrète. Le directoire est défini selon les termes de la réglementation, comme une instance managériale, autant qu'une représentation collégiale, dont l'objet est de donner des avis au directeur, pour une décision éclairée, dont il sera le seul responsable.

La différence, entre le CEL et le directoire, soulignée par les directeurs des soins (DS)<sup>42</sup> est leur représentation de membre de droit. Alors même qu'auparavant, ils participaient aux conseils exécutifs en tant qu'invités par le chef d'établissement. En revanche, selon un DS, ce nouveau statut de membre de droit, apporterait une symétrie entre les équipes dirigeantes et les équipes opérationnelles des pôles : le trio du directoire et le trio du pôle. « *Une cohérence, entre les trois forces : administrative, médicale et soignante, du niveau opérationnel et à présent au niveau stratégique et politique* ». Cet argument demeure symbolique car le directoire est une instance réglementée et réglementaire, ce dont ne dispose pas le trio de pôle. De plus, dans la loi HPST, le chef médical de pôle n'est plus tenu de choisir un cadre de santé pour l'assister et il se peut que la configuration médicale, administrative et paramédicale change.

---

<sup>42</sup> Lire partout : directeur des soins, coordonnateur général des soins, président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Les chefs d'établissement<sup>43</sup> utilisent des modérateurs discursifs tels que : « *en principe* », « *dans les textes* », « *paraît avoir une utilité* » pour rappeler les missions du directoire. Ce qui paraît congruent avec l'écart entre le cadre prescrit et les modalités réelles, retenues par eux, d'organisation de cette instance. Mais c'est aussi un argument qui peut paraître d'autorité.

Car si le conseil exécutif local paraissait une instance imparfaite par sa composition paritaire médico-administrative, trop large, permettant les échanges plus que la décision, et parfois plus centrée sur une représentation et une défense des pôles que de l'établissement, il n'en demeure pas moins que sa forme reste d'actualité. La composition requise par la loi ne se retrouve pas dans les trois établissements enquêtés.

La pertinence du directoire est reconnue comme instance managériale mais sans une véritable conviction. Ce qui peut expliquer les nuances du discours et des pratiques. Les chefs d'établissement justifient un attachement à réunir l'ensemble des chefs de pôle et les directeurs adjoints par le recueil « exhaustif » des avis afin de nourrir les réflexions pour une prise de décision plus éclairée. Mais peut être existe-t-il, tout simplement, une mesure entre le temps de la loi et le temps d'adaptation des établissements. Une seconde piste est aussi l'organisation formelle et une organisation informelle, pour la première l'exercice de la diplomatie et la seconde une préparation des décisions en collectif plus restreint.

#### B) Les intentions des pouvoirs publics

Nous avons ensuite recherché, selon les acteurs, les raisons pour lesquelles les pouvoirs publics mettent en présence trois membres de droit dans le directoire.

**Pour les directeurs, chefs d'établissement**, quatre arguments sont mis en avant.

Il s'agit d'accorder les acteurs qui ont un véritable pouvoir dans l'organisation de l'activité : le corps administratif, le corps médical et le corps paramédical. C'est-à-dire créer les conditions pour qu'ils s'entendent afin d'agir.

Le regard différent qu'apportent les membres de droit permet d'appréhender l'hôpital dans sa globalité avec une dimension administrative, médicale et paramédicale. Un chef d'établissement dit qu'une vision systémique est nécessaire pour diriger l'hôpital. Les directeurs portent le discours de rationalisation économique et médical devenu incontournable et y associent l'aspect paramédical. Un des chefs d'établissement explique que le pouvoir, pour le corps médical est déterminé par son activité. Cependant cette activité est sous-tendue par des ressources paramédicales, une organisation et une continuité des soins, dont le DS est garant. Ainsi, les décisions stratégiques requièrent le point de vue médical et le point de vue paramédical.

---

<sup>43</sup> Lire partout : Chef d'établissement, directeur, directeur d'hôpital

Selon, un autre chef d'établissement, le législateur apporte avec cette représentation du directoire, une réponse aux usagers et aux exigences de qualité d'une prise en charge coordonnée.

Enfin, un argument concernant le maillage de l'hôpital par les cadres est mis en avant en tant que source d'informations, dont dispose le PCSIRMT sur le climat social de l'établissement.

**Pour les PCSIRMT.** Une DS reconnaît la légitimité de la vice-présidence du PCME au directoire se justifie par la qualité de « *producteurs de soins* » du corps médical.

**Pour les PCME,** cette place est certes reconnue, mais la fonction de conseil est variablement satisfaisante. Pour l'un, le couple formé avec le chef d'établissement est renforcé. Contrairement au second, pour lequel le conseil exécutif était décisionnel à la différence du directoire. La fonction de conseil attribuée au vice-président ne le satisfait pas. La question de la réaffirmation de l'ancienne voix prépondérante de le CME semble soulevée.

Pour ce qui est spécifiquement, de la représentation de membre de droit du PCSIRMT, tous les interviewés, reconnaissent unanimement, à cette place donnée au DS, leur importance dans les organisations de soins internes.

Outre cette reconnaissance liée à leur fonction et à leurs missions, les chefs d'établissement mettent en avant deux autres arguments, concernant les DS. Notamment :

L'évolution de leur statut depuis l'Infirmier Général au directeur des soins. « *Le positionnement aujourd'hui est clair, il a été voulu avant la loi HPST et imposé par le mot : directeur, c'est un collègue, ce n'est plus le chef de file des soignants* ».

Ses propos sont soutenus par le raisonnement d'un chef d'établissement, selon lequel, un DS peut être, depuis la loi HPST, être en recherche d'affectation au même titre qu'un directeur d'hôpital.

La place du PCSIRMT serait acquise de droit car une symétrie de statut émerge entre les directeurs d'hôpital et les directeurs des soins, depuis la gestion commune des carrières par le Centre National de Gestion ; et notamment des risques de sanctions. Ce droit serait reconnu car attaché à un devoir de résultat.

**Pour directeurs et les PCME,** Le lobbying paramédical est un aspect signalé, qui fixe la place du PCSIRMT dans une visée politique de contre-pouvoir médical. Pour rappel, le lobbying, consiste « à procéder à des interventions destinées à influencer directement ou indirectement les processus d'élaboration, d'application ou d'interprétation de mesures législatives, normes, règlements et plus généralement, de toute intervention ou décision

des pouvoirs publics »<sup>44</sup>. Effectivement, un DS a confirmé le poids de l'association française des directeurs des soins, dans cette décision.

Ce paragraphe nous indique, à ce stade, que les règles de fonctionnement du directoire sont aménagées. Le directoire est vécu comme une contrainte qui s'est imposé comme produit de rapports de force. Souvenons-nous des polémiques avant la parution de la loi HPST. Nous pouvons avancer une interprétation possible, telle que, des décisions sont à prendre dans un environnement incertain pour les hôpitaux et les acteurs souhaitent prendre part aux débats, particulièrement les chefs de pôle. Il est important, pour les chefs d'établissement de les entendre pour lever les résistances aux changements mais aussi parce qu'ils sont décideurs dans leur pôle. Et ces décisions, même si elles font l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens lié au projet d'établissement, peuvent affecter l'établissement. Dans ce contexte, la place du PCME se situe tant au niveau établissement que désormais, dans l'inter-polarité, cette place est à construire. .

Un chef d'établissement l'exprime de cette façon : « le directoire c'est bien mais il faudrait une commission qui réunisse tous les chefs de pôle, les cadres paramédicaux et le cadre administratifs ». Ainsi, cette instance choisit, de « directoire élargit » répond elle, sans doute aux contingences et capacités de négociation de ces trois établissements.

On voit apparaître, à terme l'utilité fonctionnelle du directoire, le PCSIRMT, représentants les professionnels paramédicaux et le PCME, la communauté médicale.

Nous avons recherché à identifier les représentations des membres de droit et leur adhésion à la participation des membres de droit au directoire.

## **2.3 Des risques de tensions entre les membres de droit du directoire**

Aujourd'hui, la loi est perçue comme injonction d'un pilotage à trois des stratégies de l'hôpital. Le discours des directeurs est marqué par l'utilisation des verbes déclaratifs d'autorité : « *Nous les directeurs, qu'on le veuille ou pas, on est obligé de donner un siège à la CGS* » « *C'est comme ça que les choses doivent se faire* ». La loi ôte un pouvoir discrétionnaire au chef d'établissement

### **2.1.1 La perception de chacun des acteurs**

A) Perception du PCSIRMT :

**Les chefs d'établissement** se disent personnellement favorables à cette évolution organisationnelle du directeur des soins au directoire. Pourtant, dans leurs propos l'évolution socioprofessionnelle des directeurs des soins apparaît comme un frein. Deux chefs d'établissement sur les trois s'appuient sur l'évolution historique du métier de

---

<sup>44</sup>FARNEL JF, 1994, Le lobbying : stratégies et techniques d'intervention, Paris, Éditions Organisation, 174 p

directeur des soins et rappellent, ce dont ils font une généralisation, que les représentations des DS restent associées aux infirmières générales<sup>45</sup> (IG) qui, avant tout, sont des infirmières. Le discours est empreint d'une représentation du DS mue par la défense des effectifs et une protection des paramédicaux, ajoutée d'une approche émotionnelle liée à son parcours professionnel. Celui-ci ne lui permettant pas de se distancier dans les situations de prise de décisions difficiles, particulièrement depuis les nouvelles règles budgétaires. Un directeur dit : « *Le terme même d'être directeur fait que l'on tienne compte de l'aspect économique aussi* ». Selon lui, un directeur des soins au directoire reste un soignant, et cela n'est pas compatible avec le rôle attendu et surtout les objectifs de l'établissement. Un directeur s'occupe de stratégie, et « *l'axe financier, on ne peut pas l'oublier, sinon on n'est pas directeur* ». « *C'est une soignante dont il faut se méfier car elle n'est pas gestionnaire* ». En revanche un chef d'établissement associe le directeur des soins qu'il inclut comme les autres directeurs adjoints dans l'équipe de direction. « *La DS comme les autres directeurs peut intervenir sur les orientations* ».

Ces éléments recueillis montrent l'équivoque quelque fois des attentes des directeurs vis-à-vis des DS, produites d'une expérience professionnelle de terrain, de connaissances de l'organisation des soins, et ce qu'ils leur accordent de capacité à prendre en compte la question financière. Ces témoignages montrent une inquiétude des chefs d'établissement à la question économique et financière qui peut sembler assez dubitatif même si cette question est aujourd'hui le cœur des préoccupations des établissements qui doivent être à l'équilibre financier. La DS est perçue comme pouvant discuter les orientations ou les décisions et ainsi être un frein dans les stratégies du chef d'établissement.

Même s'il s'agit des propos d'un autre directeur, il est à noter cette réflexion sur le risque pour le DS, d'être membre de droit au directoire au titre de sa présidence à la commission de soins. Il pense que le PCSIRMT peut se trouver en situation délicate s'il ne fait pas converger les décisions prises entre le directoire et celles de la commission des soins. Ce discours montre la place accordée au DS, comme représentant des soignants, ce que ce directeur explique ensuite comme pouvant créer des conflits de loyauté pour le DS. De plus, « *Il y a une ambiguïté des choses, car le PCSIRMT est représenté en tant que tel au directoire et se retrouve dans le comité de direction.* ». En conséquence, Il y aurait une incompatibilité du rôle du DS au directoire et de celui dans le comité de direction, particulièrement s'il y a désaccord sur les orientations. Une argumentation qui a déjà été aussi évoquée.

**Les PCME.** En ce qui concerne un PCME, il évoque une méfiance entre le monde médical et le monde paramédical fondée sur une volonté d'autonomisation des directions

---

<sup>45</sup> Lire partout infirmi(ère) général(e)

de soins, qui se traduit par la mise à l'écart des médecins dans la ligne hiérarchique. De plus, le second PCME ajoute : « *Vous ne pouvez pas empêcher des millénaires médicaux, de mandarins, de dire que la gestion leur appartient. C'est une vieille histoire et chez les directeurs aussi* ».

Il est reconnu un pouvoir d'influence des DS qui selon les situations et les enjeux peuvent servir ou non les intérêts du chef d'établissement ou du PCME. Malgré tout, les représentations paraissent assez conservatrices. Les directeurs font tout de même des réponses assez partiales, car une défection massive de personnel, des mouvements, tels ceux des cadres au début des années 2000 révèlent qu'un besoin constant d'informations et d'actions d'animation de la production des soins existe bel et bien. Un discours unique sur la gestion n'est certainement pas soutenable. La gestion doit se nourrir d'approches multiples en ce sens, avec le DS, la gestion devient soignante autant que le soin devient gestion. Nous pouvons nous étonner que les chefs d'établissements interviewés et les PCME s'inscrivent dans une vision de situations de désaccord, voire de conflit.

B) Perception du corps médical :

**Les chefs d'établissement.** Selon un chef d'établissement : « *Les chefs d'établissement et les médecins se fréquentent, sans bien se comprendre* ». Les cultures sont qualifiées de différentes et selon un des directeurs, il s'agit d'« *une culture d'internat où on enseigne le clivage entre l'administration, comme ils disent, et le corps médical* ».

Les chefs d'établissement interviewés rappellent que les médecins occupent une place prédominante dans l'hôpital et qu'en tant que directeurs, ils ont une légitimité des tutelles mais qui est éclipsée, par le poids traditionnel des médecins. Un directeur explique que les médecins peuvent sans risque résister aux changements car il y a peu d'incidence sur leur poste et leur rémunération, si l'activité n'est pas à la hauteur des objectifs prévus par les contrats d'objectifs et de moyens. En fait, ajoute-t-il « *Ils sont indépendants, au-delà de la réglementation* ». Ainsi, les trois directeurs se plaignent d'avoir peu de moyens d'intervention sur les médecins.

Par ailleurs, si pour les chefs d'établissement, l'objectif est de garder l'établissement à l'équilibre budgétaire et d'appliquer une politique régionale, les directeurs pensent que l'objectif prioritaire pour le médecin est avant tout son rayonnement et pour le moins, son ancrage dans la population et son évolution locale. Un chef d'établissement explique l'échelle des priorités des médecins, qu'il qualifie de repli sur soi, sur leur pôle, et l'intérêt de l'hôpital vient ensuite. Il termine en disant que dans la pratique l'intérêt n'est pas commun. Ainsi, « *Tout est question de personnalité et de volonté personnelle* » conclut un directeur.

**Les PCSIRMT.** Pour un DS, s'il n'y a pas de changement dans les modes de décision c'est que le chef d'établissement est suspendu, d'un côté, aux décisions des tutelles et de

l'autre, aux médecins. Et lorsqu'il fait un binôme avec le PCME, vice-président du directoire, celui-ci n'en reste pas moins élu par ses pairs. Une PCSIRMT explique : « *Il est reconnu mais il ménage les susceptibilités. C'est une caste très forte, très soudée, il y a une grande cohésion même s'ils sont en conflit. Ils gardent une place prépondérante au sein de l'institution* ». Ainsi, il disposerait de peu de marges de manœuvre par rapport à ses collègues, ce qui ne lui permettrait pas toujours de s'imposer.

Les DS témoignent des jeux de pouvoir et des oppositions de certains médecins aux changements avec des conséquences sur le personnel paramédical, avec lequel, il y a alliance contre la direction « *on sait que les médecins emmènent les équipes avec eux. Dans les services, les soignants font encore allégeance au corps médical. C'est pareil c'est culturel, ça aura du mal à disparaître* ». Cette DS soulève ici la question des légitimités et représentativités.

Comme pour les perceptions des acteurs sur le PCSIRMT, le regard porté sur le PCME est empreint de méfiance.

#### C) Perception du chef d'établissement

**Les chefs d'établissement.** Pour un directeur, la nouvelle configuration du directoire renvoi avant tout à son propre pouvoir de « patron » chef d'établissement, plus conséquent, avec la loi HPST. Mais en réalité, un pouvoir peu fonctionnel et une influence limitée, selon lui : « *La capacité de résistance des acteurs est énorme, médicaux et paramédicaux* », et ajoute « *on ne peut pas prendre une décision contre l'avis du directoire au risque de bloquer le système* ». Quand ce directeur évoque son pouvoir, il s'agit plus de la possibilité de prendre une décision contre l'avis du directoire. Il interroge ses marges de manœuvre par rapport aux autres acteurs.

Un deuxième chef d'établissement soutient que pour lui, les soignants n'ont aucun pouvoir, car aucun moyen de bloquer le système. S'ils s'absentent ou quittent l'hôpital, ça coûte cher à l'établissement mais il est possible de les remplacer. En revanche : « *C'est le médecin qui peut bloquer le système* ». Cet avis est partagé par tous les chefs d'établissement : « *Le médecin a un pouvoir d'opposition au directeur que n'ont pas les paramédicaux* ». « *Il n'y a pas de supérieur hiérarchique au médecin, ni par le chef de pôle, ni par le directeur. Il y a des personnalités qui s'affrontent* ».

**Les PCME** Un des deux PCME est très clair aussi sur l'influence du corps médical, quant à la pérennité des décisions quand il dit, « *Le chef d'établissement ne peut pas prendre de décisions si l'ensemble de ses collaborateurs médecins ne sont pas d'accord. Il court à l'échec* ».

Tous les chefs d'établissement sont unanimes sur leurs marges de manœuvre car, si la décision ultime leur appartient, ils leur semblent, aujourd'hui, difficile de prendre une décision contre le vote des membres du directoire, autant dire contre la communauté

médicale. De plus, ils ne se sentent pas soutenus par les organismes de tutelles quand ils ne réussissent pas à convaincre les médecins des orientations retenues. D'où un sentiment partagé de remise en question de leurs compétences de chef d'établissement et le sentiment d'avoir l'épée de Damoclès sur leur tête, de l'éventualité d'une mise en recherche d'affectation. Leurs mots sont très explicites et violents : « *jeté, viré, déplacé* ». Ce qui dénote d'une certaine insécurité : « *nous sommes sur un siège éjectable* », « *les marionnettes de l'ARS* ».

Au total, la synthèse des perceptions des acteurs les uns sur les autres apportent une vision tendue des relations. Chacun semble poursuivre des objectifs différents. Le PCSIRMT centré sur la sauvegarde des personnels paramédicaux en faisant abstraction de la gestion économique. Le PCME, un intérêt centré sur son activité médicale, sans vision du collectif, et une dépendance à la communauté médicale, car il en est le représentant. Quant aux chefs d'établissement, leur objectif est centré sur l'équilibre financier de l'établissement mais avec une capacité d'agir limitée.

Le poids et l'influence des acteurs est vécu différemment.

- Les médecins s'ils ne sont pas décisionnaires, sont producteurs d'actes et détiennent les clés de l'activité de l'hôpital
- Les chefs d'établissement, alors même qu'ils sont annoncés comme « les patrons de l'hôpital » auraient en réalité une influence limitée.
- Les directeurs des soins ont une influence par les alliances qu'ils peuvent créer.

Mais ces acteurs ont bien conscience qu'ils ont nécessité de dépasser ces jugements, au risque d'une confrontation qui entrainerait l'annulation des pouvoirs et par conséquent le blocage et les mises en question du fonctionnement viable de l'établissement. Des risques dont les conséquences ne sont pas les mêmes pour tous les acteurs entrant dans le jeu de la décision. Le pouvoir ne peut pas être l'exercice de celui qui domine ou pense dominer.

Nos entretiens nous ont permis ensuite d'explorer quels étaient le rôle et les compétences attendues des acteurs, vis-à-vis du PCSIRMT, membre de droit du directoire. Ainsi que ses zones d'influence dans les prises de décision du chef d'établissement. L'expression des DS nous permet également de connaître l'auto perception de leur rôle dans cette instance.

## 2.4 L'impact de la configuration du directoire

### 2.4.1 L'influence du PCSIRMT dans les prises de décision de cette instance

A) L'influence d'expertise

#### La dimension de l'organisation des soins

**Pour les chefs d'établissement**, le DS est écoutée sur les orientations des organisations de soins. Ils citent son expertise sur les relations du corps paramédical avec le corps médical dans les services de soins, la coordination des soins pour les patients et la gestion des soins dans ses différentes dimensions. De même son expérience managériale et sa connaissance des personnels. Son management des soignants avec équité, selon des règles de management et les règles de l'art.

Pourtant, les chefs d'établissement attendent du DS une implication plus politique dans le directoire. Cette visée politique est caractérisée par les restructurations internes, la rationalisation des effectifs, la gestion prévisionnelle des emplois. et ce, avec « *une fibre directoriale, donc l'intérêt supérieur de l'hôpital qui a besoin de survivre et en conséquence d'être à l'équilibre budgétaire* ». Il doit apporter sa logique de soignant, d'organisateur des soins « *dont on est obligé de tenir compte* ».

Le siège de membre de droit renforcerait l'implication du CGS dans la gestion financière de l'établissement et tend vers l'incarnation de la fonction de directeur. Il y aurait un passage à opérer du directeur des soins soignant au directeur des soins directeur.

#### La dimension de gestion des ressources humaines

**Un chef d'établissement** évoque le management de l'ensemble des équipes de cadres « *pour qu'à tous les niveaux et à tous les endroits de l'hôpital le fonctionnement soit le plus harmonieux et efficace possible* ». Dans les choix stratégiques de restructuration des organisations, il lui est demandé d'apporter la dimension des personnels, qui se traduit par les effectifs nécessaires au fonctionnement des pôles mais englobe aussi sa stratégie pour accompagner les personnels au changement. Le risque est mesuré par les départs des paramédicaux et notamment des infirmières, ainsi que par l'absentéisme. « *J'ai retenu de cette évolution que quand je dois prendre une décision sur des fermetures ou des restructurations, il appartient au DS de dire le nombre d'IDE qu'il faut* ».

**Selon un PCME** : « Pour les DS, il existe une volonté managériale et une logique opérationnelle, il faut que le personnel intègre les avancées sur l'hôpital, intègre les décisions qui sont prises et qu'ils les fassent leurs et non pas prendre des gens qui travaillent et c'est tout ». L'implication des professionnels dans les affaires de l'hôpital paraît indispensable pour que les changements soient compris de tous et portés. Les

modes de management sont appelés à évoluer. A moins que soient une résultante des approches maintenant assez communes des travaux interprofessionnels réalisés depuis quelques années autour de la qualité pour la certification des établissements, et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

### La dimension du patient

**Une DS** évoque son attention concernant le patient, comme finalité des décisions prises. Elle est celle qui rappelle les objectifs de prise en charge des patients.

Un deuxième DS dit resituer les objectifs et le projet de soins dans le cadrage institutionnel. « *Le positionnement sera toujours incontesté tant qu'il se situe dans la prise en charge des patients et l'organisation des équipes* ».

En revanche, une DS ne se sent pas forcément représentante des soignants, elle y attache, semble-t-il une idée de revendication, que révèlent ses propos : « *Selon les personnalités, le CGS est le représentant des paramédicaux mais moi, je ne le conçois pas comme ça. On ne doit pas être les porte-paroles des soignants, pour ça il y a les représentants du personnel* ». Notons qu'il s'agit là d'une définition très partielle de ce que peut recouvrir le verbe « représenter ». Dans le contexte de la fonction de président de la commission des soins, représentante des personnels paramédicaux, ça ne signifie pas porter les revendications syndicales. Ça veut dire exposer les possibles, éclairer le plus objectivement possible, les décisions en soulignant des implications, et les différentes conséquences possibles qu'elles entraînent.

### B) Les sources d'informations

**Selon un PCME**, le PCSIRMT dispose de sources d'informations différentes de celles des autres partenaires. Notamment, la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques. Ce qui lui permet de donner un éclairage complémentaire.

**Les PCSIRMT**. Les trois DS font vivre de façon très différente cette instance. L'une, ne l'investissant pas du tout. Une deuxième, l'envisageant comme une commission avec des groupes de travail. La troisième : comme une instance dont elle évoque le parallélisme des formes avec la CME, dont les membres sont désignés et non élus, à la différence de la CSIRMT. Pour elle, « *C'est un bien, une représentation des personnels paramédicaux, ils n'ont pas beaucoup d'espaces d'expression dans la loi HPST, avec une représentation directe du CGS dans le directoire. Son rôle est d'informer et de donner des avis* ».

**Un directeur** cite les réunions avec les cadres et cadres supérieurs et professionnels paramédicaux en mission transversale et les groupes de travail, comme étant des espaces sources d'informations.

**Pour un DS, comme pour les PCME**, ce sont : des moyens pour garantir une connaissance au plus juste des problématiques de terrain. L'étroite collaboration avec les

cadres, les réunions plénières où l'information circule, la diversité des métiers qu'il a sous sa responsabilité et ses missions distinctes lui donnent cette capacité à « *se projeter, anticiper et imaginer ce qui peut être le mieux pour l'établissement, en termes d'organisation, de spécialités, de projet médical, paramédical* ».

#### C) La personnalité

La question de la personnalité qui n'est pas propre au PCSIRMT est soulevée par tous les interviewés, chefs d'établissement, PCME et PCSIRMT, partant du principe que la loi ne garantit rien : « *On modifie les choses qu'avec sa personnalité, même si on a la loi pour soi* ».

Les attributs de la personnalité sont définis comme une capacité d'écoute, une capacité de s'exprimer de façon singulière, en tant que ce qu'elle représente : le domaine du soin et de l'organisation, défendre les projets auprès des professionnels et les impliquer.

Cela dépend des personnalités et des pouvoirs décidés par les uns et les autres. Selon un PCSIRMT : « *Le DS a sa place mais il doit faire sa place, en fonction de la culture et histoire de l'établissement et de son expérience personnelle* »

#### D) Le statut

- Le rattachement au **conseil national de gestion** (CNG).

**Pour un directeur**, l'IG devient Directeur des soins, géré non plus par les chefs d'établissement mais par le CNG qui pour lui est un organisme hiérarchique. Cette gestion centralisée, comme pour les directeurs d'hôpital et pour les praticiens hospitaliers leur donne plus de poids, fonctionnellement mais aussi symboliquement. Sa nomination et gestion par le CNG le détache d'une gestion locale dépendante du chef d'établissement. Le titre de « directeur des soins, coordonnateur général des soins », est cité, comme ayant un impact supérieur sur les représentations, à celui d'infirmière générale.

L'assise électorale avec la CSIRMT avec une équipe autour de lui de professionnels élus et le siège de membre de droit du directoire assurent un statut au PCSIRMT.

Selon un directeur, « *Ce sont des gestes forts des pouvoirs publics, qui nous obligent* ».

Un directeur pense que si la loi apporte une légitimité plus grande au PCSIRMT, le directoire a encore peu d'ancienneté pour mesurer un réel impact de sa composition sur les prises de décision du chef d'établissement.

Le rôle et les attendus des chefs d'établissement et des PCME concernant le PCSIRMT dans le directoire sont conformes aux missions définies d'un DS. A la fois, sur ses champs de compétences sur l'organisation et la coordination des soins pour les patients mais aussi ceux du management. Avec une attente en termes de vigilance (surveillance attentive et soigneuse) dans l'accompagnement au changement des personnels paramédicaux. A ces missions opérationnelles, les chefs d'établissement souhaitent une

approche plus politique des problématiques et la prise en compte de la dimension financière.

Cette synthèse des zones d'actions identifiées montrent l'intérêt de comprendre et de partager les possibilités et les contraintes de chacun des acteurs, afin de construire ensemble des coopérations les plus efficaces.

La poursuite des entretiens nous a permis de distinguer des pratiques de coopération et des modalités de prise de décision distinctives, particulièrement dans un établissement.

## **2.5 Vers une transformation des modes de prise de décision et de coopération**

### **2.5.1 Des changements variables, selon les établissements**

Le directoire n'a pas véritablement transformé les modes de prise de décisions pour deux des trois sites enquêtés. Les DS sont impliqués dans toutes les instances, comme ils l'étaient avant le directoire. Les directeurs des soins rencontrent, de façon régulière, sur les sujets qui recouvrent bien leurs missions, le chef d'établissement. Les questions opérationnelles et stratégiques sont soulevées au comité de direction.

**Les PCSIRMT.** Un DS imaginait qu'un temps aurait été institué, entre le chef d'établissement, le PCME et le PCSIRMT pour anticiper la stratégie de l'établissement, analyser les problèmes et porter un discours commun. Ce qui l'amène à penser que « *Peut-être qu'avec le temps et toutes les injonctions budgétaires qui arrivent, il deviendra un partenaire incontournable* ».

Malgré tout le changement dans les coopérations est perceptible sur deux plans et présentées par le DS d'un des établissements.

#### A) L'implication dans les projets

Un DS a été sollicité par le chef d'établissement et le PCME pour piloter un projet sur la permanence des soins en chirurgie, au niveau du territoire, qui dépasse le seul périmètre de l'hôpital. Le DS traduit cette responsabilité sur un plan stratégique et politique. Il ne le rattache pas nécessairement aux nouvelles modalités de l'instance de management, mais à une évolution des compétences attribuées au DS.

#### B) Un rapprochement avec le PCME

La coopération a changé avec le PCME signale un DS mais aussi avec les médecins devenus chefs de pôle : « *différence fondamentale, c'est que nous DS, on doit travailler avec les PCME. Avant on ne travaillait pas avec la PCME* ». Alors qu'à présent, les sujets sur lesquels, ils travaillent ensemble sont : le projet d'établissement, le projet médical, les restructurations des services, sur la politique générale. De plus, La nouvelle gouvernance

transforme les droits et les devoirs, auxquels n'échappent pas le DS : « *Je dois rendre des comptes sur mes remplacements, sur les postes vacants, le mode de management, le recrutement, aux chefs de pôle et PCME* ». Si nous conférons ses propos, il s'agit plus de transmissions d'informations que de réelle coopération.

Dans un deuxième établissement, il s'agit véritablement de la mise en place de conditions de la coopération entre les membres de droit du directoire, pour des prises de décision politiques et stratégiques conjointes : le recrutement médical et le choix des chefs de pôle médicaux et des cadres paramédicaux de pôle.

C) La sélection des chefs médicaux de pôle et des cadres paramédicaux

Ce sont les membres de droit du directoire, « *le président de CME, le vice-président, le directeur, le doyen et la CGS* » réunis en commission qui ont apporté chacun un avis sur les candidats, à partir de l'audition de leur projet de pôle.

**Le PCME** participant à ces dispositifs traduit une véritable évolution dans le travail conjoint entre la direction, les médecins et la direction des soins. « *Il y a une incitation au travail en commun* ».

D) Le recrutement des médecins,

**Le chef d'établissement.** Sur des domaines pourtant très privilégiés, du ressort, jusqu'à présent, du corps médical, la direction, dont le DS est associée aux recrutements des médecins, examinés comme des actes stratégiques pour l'établissement. Selon le directeur, le choix du médecin, outre l'activité qu'il peut générer est jugé pour ses qualités humaines et sa capacité à mobiliser les médecins et les professionnels paramédicaux, et c'est à ce titre qu'intervient le jugement de la DS.

**Un PCME** appelle de ses vœux un tel fonctionnement « *On doit abolir les cloisons et construire des complémentarités, chacun doit travailler pour que l'hôpital puisse fonctionner au mieux auprès des malades* » mais il ajoute « *il y a des butés qui sont dans cette fameuse gouvernance interne qui n'est pas si facile à mettre en place et un corps médical irréductible d'années de fonctionnement à l'ancienne* ».

Au total, les modes de prise de décision et de coopération existent entre les différents acteurs clés mais sont variablement organisés d'un établissement à l'autre, Nous observons une évolution notable particulièrement dans un hôpital qui s'est appuyé sur la configuration des membres de droit du directoire.

### **2.5.2 Les éléments moteurs de la coopération**

**Les chefs d'établissement.** Un directeur pense qu'une convergence d'intérêts peut lier le PCSIRMT et le PCME : « sur les choix stratégiques, au directoire, je pense que beaucoup de PCME se joindront au DS pour faire pencher la balance en cas de vote ».

Cette conception semble recouper ses craintes des processus d'influence entre acteurs, dans les situations de prise de décision, quand les objectifs sont différents pour chacun. Ce qui laisse présager l'importance du partage des enjeux de l'hôpital, et pas seulement avec un regard unique.

Un directeur déclare que l'entente entre le directeur et le DS est essentielle, et si tel n'était pas le cas, ils doivent se séparer. L'entente est caractérisée par des valeurs partagées. De la même façon, qu'avec le PCME. Les conditions d'un travail commun s'appuient à la fois sur la personne du PCME mais aussi sur son statut de représentant des médecins. En effet, le directeur explique que le PCME représente la communauté médicale, et de préciser, dans un contexte de prise de poste dans un nouvel hôpital : « *Si je ne peux pas travailler avec le PCME, je ne prendrai pas le poste* ».

Dans le même registre, selon ce même directeur, le DS « *doit avoir un véritable intérêt à travailler avec la PCME sinon son travail sera rendu plus difficile. Elle aura moins d'efficacité dans son action* ».

**Selon un PCME.** Le directeur des soins est d'autant plus impliqué qu'il dispose de ses propres sources d'information sur les situations et les : « *parfois les médecins pensent que les choses fonctionnent bien mais ce n'est pas le cas du point de vue des paramédicaux. Les deux versions sont à confronter* ». Être ensemble membre de droit, de cette instance, est une opportunité pour le PCME et le DS de partager leurs informations, de source différente pour appréhender les difficultés de communication interne. Réajuster les problématiques d'organisation.

Un PCME évoque les outils de la coopération entre les professionnels, tel que la création des groupes de travail interprofessionnels. « *Certains points relèvent de chacun et de son intra-filière, la majorité est inter-filière* ».

Les deux PCME utilisent les termes de binôme ou de tandem pour caractériser l'importance d'un travail commun, dans un but commun. « *Le PCME et le directeur doivent s'entendre assez bien pour faire une force commune qui permet de faire avancer les choses dans le même sens* ». Ce discours renvoi à celui, similaire, des chefs d'établissement sur l'entente indispensable entre les acteurs.

**Les PCSIRMT.** Pour une DS, la coopération doit s'appuyer impérativement sur le « cœur de métier », comme moyen. « *Un DS doit être capable d'énoncer sa politique de soins, la stratégie managériale qu'il porte dans l'établissement : le cadre, les valeurs, la circulation de l'information* ».

Un DS « *Il pourrait y avoir des modes de coopération différentes si le directoire fonctionnait bien et qu'il soit force de proposition chacun dans son expertise et avec une alliance des trois pour le projet d'établissement* ».

Les interviewés ont mis en avant des éléments moteur de la coopération dont certains sont parfois plus de l'ordre de la réaction ou de l'ajustement en situations conflictuelles. La conception de l'entente entre les acteurs questionne : est-ce qu'une entente doit exister par essence ou se construit-elle, sous certaines conditions ? Concernant le chef d'établissement et le DS, ils se choisissent lors du recrutement. Il est possible de penser que l'échange a permis de percevoir un terrain favorable à l'entente mutuelle. Les conditions sont différentes pour le PCME. Pour autant, quelle que soit le mode de rencontre, est-ce suffisant ? Les facteurs de réussite du trio du directoire vont nous permettre d'approfondir cette question.

### 2.5.3 Les facteurs de réussite du trio du directoire

**Pour les chefs d'établissement**, il faudrait plusieurs qualités :

**Des qualités humaines :** Le facteur de réussite est humain et ne dépend pas des fonctions de chacun. C'est leur capacité humaine, une approche relationnelle, à écouter l'autre, à l'entendre, à se rassembler. Chacun doit être à sa place.

**Une visée et des objectifs communs.** Un directeur pense que l'ARS doit fixer des orientations claires afin que tous puissent œuvrer dans le même sens et apporter sa contribution au développement de l'établissement, à partir d'objectifs communs qui dépassent les objectifs économiques et médicaux. C'est-à-dire, une volonté commune et des valeurs partagées, fondées sur le service public. « *Ce sont des compagnons de travail et on doit se mettre d'accord sur un intérêt supérieur* ».

**Une confiance** caractérisée par un directeur comme le fait de pouvoir se dire les choses et de parler franchement.

**Du professionnalisme** qui selon un directeur se traduit par un devoir pédagogique qui s'impose au chef d'établissement pour faire comprendre les enjeux de l'hôpital et pour lui, le plus gros risque pour un hôpital serait : « *Un DH qui n'aurait pas expliqué les enjeux, les médecins qui n'appliquent pas les règles et ne font pas rentrer l'argent. Un DS qui ne décide pas, car il ne veut pas se mettre à dos les médecins et les soignants* ».

**Un respect mutuel.** Chacun doit le décliner sous son mode professionnel propre.

**Des valeurs.** La valeur qui doit être partagée par l'ensemble c'est la pérennité de l'institution, un chef d'établissement ajoute : « *il commence à exister une conscience collective de cette nécessité* ».

Un directeur explique qu' « *Un médecin ne peut plus dire qu'il a choisi l'hôpital public uniquement pour soigner des patients : ce n'est pas la réglementation actuelle* ». Pourtant un deuxième déclare que : « *Le chef d'établissement doit partager les valeurs de la stratégie régionale, mais il doit rester par ses valeurs, le garant de la proximité des soins* ».

*pour la population, quel que soit les décisions prises, et qu'il y ait une offre de soins équilibrée pour tous. Il lui appartient de le dire à sa tutelle quand ça ne va pas marcher ».*

**Pour les PCSIRMT**, les facteurs de réussite des membres de droit du directoire sont :

**Des qualités humaines**, d'écoute, de communication et d'adaptation. Pour une DS, concernant le PCME : *« C'est au DS de s'adapter à la personne car c'est un élu et change régulièrement : lui ne s'adaptera pas, c'est à nous de trouver la stratégie de contournement ou d'approche et de communiquer pour avancer ».*

**Une visée et des objectifs communs** exprimés par une DS comme partager l'intérêt de la situation et non les intérêts individuels.

**Une confiance** : *« beaucoup de confiance »*

**Un respect mutuel**. Que chacun soit respectueux l'un de l'autre en termes d'identité professionnelle, sans les barrières que peuvent induire les différences de cursus professionnel. Selon une DS, il n'existe pas deux pouvoirs mais trois professionnels sans un mépris de l'un ou de l'autre, le respect doit être fondé sur le domaine de compétences. Une autre l'exprime autrement : *« Ne pas se laisser marcher sur les plates-bandes, chacun a son domaine d'action et doit se respecter ».*

**Des valeurs** : une DS évoque des valeurs du soin, humanistes, différentes de la politique et des finances. Elle précise *« J'ai une balance, d'un côté les soignants, de l'autre les patients et je fais attention qu'elle soit bien à l'équilibre ».* Toute la question est de savoir qui définit les critères de cet équilibre et comment.

Pour une autre DS, le bon positionnement c'est la finalité d'intérêt général pour l'hôpital, en conservant la fibre humaine et la culture du soin.

**Pour les PCME** ce qui est important, ce sont :

**Des qualités humaines** : Les personnalités comptent, et il est nécessaire de disposer de suffisamment de souplesse dans ses relations avec les autres.

**Une visée et des objectifs communs** reposent selon un PCME sur le partage autour des mêmes valeurs et des mêmes idées et que l'avenir de l'hôpital doit rassembler. Il donne un contre-exemple de la réussite des acteurs du directoire : *« Si le DH ne pense que compte de résultat, le PCME : recherche et le DS : PNM, alors, on ne peut pas s'entendre »*

Le second PCME explique ce que le PCME doit faire *« Ne pas avoir une idée centrée sur son propre problème personnel, son pôle, son service, sa présidence de CME, le directeur ses affaires mais avoir une vision globalisante du système »* De plus, il ajoute que dans son hôpital, *« La loi a entériné les choses mais nos difficultés budgétaires ont*

*resserré les liens, et permis de travailler davantage ensemble, nous avons eu besoin des ressources de chacun. C'est lié au contexte ».*

**Des valeurs.** « Il faut se sentir une appartenance à l'institution ».

Ce paragraphe nous permet de découvrir que les acteurs déclinent des facteurs de réussite communs, tels que : des qualités humaines, une visée et des objectifs communs, une confiance, un respect mutuel. Pour les chefs d'établissement, les PCME et les PCSIRMT, le directoire sera opérationnel à condition que les acteurs qui le composent puissent s'exprimer librement et fondamentalement si l'intérêt général préside aux décisions de l'établissement. Cet intérêt général s'exprime dans la valeur partagée de la sauvegarde du service public à travers la pérennité de l'institution dans laquelle, ils travaillent.

Cette enquête montre une reconnaissance du PCSIRMT, dans au moins deux des trois établissements. Elle se traduit par des éléments concrets en matière d'intégration réelle dans le processus de décision, avec une incidence politique et stratégique forte. Les champs de compétences des acteurs étant parfaitement circonscrit, l'apport de chacun s'opère grâce à la complémentarité des regards professionnels. Ce qui nous amène à valider l'hypothèse selon laquelle, la réunion des trois acteurs, membre de droit du directoire a un impact sur les pratiques de coopération.

- Le partage d'une vision commune améliore l'organisation de la prise en charge des malades
- La reconnaissance des possibilités et contraintes de l'autre permet la construction et le partage d'une vision commune.

Le cheminement parcouru depuis le début de ce travail sur les membres de droit du directoire, la synthèse de l'enquête, et les lectures bibliographiques nous permettent de proposer des pistes de réflexion sur les limites et la portée, de cette instance, ainsi que les perspectives en termes de conditions de la coopération, des trois acteurs étudiés.

Ces pistes de travail font l'objet de cette troisième partie. Toutefois, il est important de souligner que la coopération existe déjà dans les établissements de soins, chacun selon son histoire, son environnement et le contexte dans lequel il évolue, et il n'est pas question de la réinventer mais il est préférable de tenter de la développer en créant des procédures de coordination.

### **3 Le directoire : un outil de la coopération**

La coopération au sens le plus neutre du terme, impliquent simplement l'acceptation temporaire et provisoire d'une certaine interdépendance<sup>46</sup>.

La coopération résulte de la propension des individus à interagir de manière coopérative, en effectuant des échanges mutuellement avantageux. La coopération repose sur la seule volonté de donner : on donne aux autres parce que donner permet d'échanger et donc d'exister dans une entreprise<sup>47</sup>. Schématiquement, au sein de la coopération, l'acteur redoute de perdre son indépendance, de dévoiler son positionnement stratégique, de ne pas maîtriser les orientations comme la répartition équitable des résultats de la coopération.

Les risques de la coopération sont présentés comme la perte d'identité de l'acteur dirigeant. Dans l'action collective, il perd une forme de maîtrise des situations et deux états se heurtent :

- A l'extérieur de la coopération : le sentiment d'appartenance, (puissance, expertise) la représentation identitaire de reconnaissance forte pour l'acteur ;
- A l'intérieur de la coopération : une crise d'identité avec obligation de renouveler son champ relationnel, parfois avec ses propres concurrents.

#### **3.1 Les limites du changement**

Tel qu'il a été prévu, le directoire a été conçu comme un lieu d'échange des points de vue gestionnaires, médicaux et soignants, composé de sept personnes dans un centre hospitalier. L'enquête a révélé les aménagements apportés aux modalités de fonctionnement des directoires, en élargissant sa composition. L'environnement turbulent auquel doit faire face les hôpitaux peut expliquer un management rendu plus opérationnel que théorique afin de s'appuyer sur une mobilisation plus large des chefs de pôle, en tant que ressources. L'action collective constitue un problème parce que ce qu'il n'est pas un phénomène naturel. C'est un construit social. Ce n'est pas le résultat automatique du développement des interactions humaines. Elle ne peut se satisfaire d'un décret.

Nous avons tenté de regarder les systèmes d'influence entre les membres de droit du directoire. L'enquête nous a montré l'importance de connaître les contours des champs de compétences et des missions de chacun. A la fois pour le groupe et pour chaque acteur en particulier. Il est une façon de se prémunir d'une vision uniforme. C'est à dire d'une forme de similarité qui repose sur le fait que l'individu accepte d'être comme les autres afin de ne pas être victime d'un rejet. Il est socialement désirable de modeler son

---

<sup>46</sup> CROZIER.M, FRIEDBERG, E. op.cit

<sup>47</sup> ALTER N., 2010. Donner et prendre, la coopération en entreprise, *Ed La Découverte*.

comportement à celui des autres, De se « conformiser » pour faciliter son intégration dans un groupe social ou la faire perdurer. Il peut s'agir d'un risque de la relation triangulaire des membres de droit du directoire. Dans ce cas, l'objet du directoire serait compromis.

La mise en place du directoire interpelle aussi le cadre de référence de chacun des acteurs. S'il reste enferré dans ce cadre, c'est un frein à la coopération, particulièrement quand il existe des points de crispation et des prises de position incomprises. Ce cadre est nécessaire pour construire ses relations aux autres mais il doit être partagé et confronté pour une connaissance et une reconnaissance des autres.

### **3.2 La portée du changement**

L'interdépendance et la coopération sont désormais des données incontournables. Le directoire ne doit pas s'établir dans un rapport de forces mais être dans une dynamique de travail. Le pouvoir réside dans le travail ensemble, c'est-à-dire l'agir mais aussi le « penser ensemble ».

La fonction du pouvoir est non seulement de s'assurer de la coopération comme dans le modèle coopératif, mais de la créer. Dans ces conditions, le groupe du trio du directoire constitue une force, il devient porteur d'une cohésion institutionnelle en interne mais aussi auprès des tutelles de l'hôpital avec un devoir d'alerte. Un pouvoir collectif croissant parce que partagé.

### **3.3 Le renversement des perspectives comme conditions de la coopération**

Il s'agit de poser le dispositif qui permet de faire converger les intérêts ou favoriser les adhésions à l'évolution de l'objet collectif.

Tout d'abord le management devrait s'appuyer sur la connaissance et la reconnaissance des acteurs et l'accompagnement au changement. Le groupe devient la force. Mais pour cela, il faut tenter de créer des activités communes, qui peuvent être de l'ordre de ceux décrits dans ce travail. Tous les choix stratégiques de l'hôpital requièrent une vision partagée. Manager différemment, c'est exercer sa capacité à dépasser les pratiques anciennes et prendre le risque, comme le propose le directoire de réunir des acteurs qui ont leur mot à dire dans les décisions stratégiques de l'établissement. C'est une façon de reconnaître l'identité de chacun des acteurs.

Ainsi les relations de travail sont renouées. Chacun étant à sa place pour s'exprimer de sa place tout en refusant les pré-carrés.

Le projet est un outil de partage des enjeux. Il remplace l'injonction au sein d'une dynamique collective restaurée, mais surtout il participe à la construction concrète d'une visée commune. C'est une des missions du directoire que de préparer le projet d'établissement en s'appuyant sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Ce qui signifie que le DS doit clarifier, écrire le projet de soins et le projet de management. Ce projet est ensuite porté par les cadres et se décline dans les pôles d'activités cliniques et médico-techniques. Mais pour que ces projets soient véritablement portés et porteurs, une réflexion conjointe serait plus pertinente et efficace. L'objectif étant de produire un projet de soin médico-soignant construit à partir de réflexions de groupes de travail pluri professionnels.

Cette dynamique d'association interprofessionnelle serait aussi préconisée pour conduire un travail en commun entre la CME et la CSIRMT. Ces instances doivent participer à l'élaboration d'un programme annuel d'actions pour « l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ».

Dans un même registre, car il s'agit d'un champ commun, une supervision transversale assurée en complémentarité par le PCME et la DS participerait à une cohésion institutionnelle et garantirait une équité et solidarité entre les pôles cliniques et médico-technique.

Ces réflexions interprofessionnelles peuvent amener à une réflexion sur l'articulation entre l'organisation médicale et l'organisation paramédicale. Comment diminuer la charge des uns et des autres, comment éviter les pertes de temps des uns et des autres dans un contexte où les ressources sont comptées.

L'auto évaluation, la certification et le parcours du patient sont aussi des espaces communs et des opportunités pour travailler de façon conjointe les organisations au sein de l'établissement.

C'est une véritable réflexion que doit avoir l'ensemble du directoire et l'impulser. Il n'est pas question qu'ils se rencontrent en permanence, mais, sur ces questions de l'organisation des soins, la gestion des risques, il est nécessaire qu'il y est des échanges, autour d'une même table, entre les trois membres de droit du directoire. Si nous reprenons la préoccupation majeure des chefs d'établissement, dont l'objectif est l'atteinte de l'équilibre, et bien, il faut y réfléchir ensemble car cet équilibre se joue sur l'organisation de la production, champs de compétences du PCME et du PCSIRMT.

La création de l'entente devrait être favorisée par ces espaces de communication entre les professionnels, telles qu'une instance fonctionnelle où la parole puisse circuler, des

idées émerger pour que les décisions soient prises dans les instances réglementaires avec un retour explicatif sur ces décisions.

Les opportunités offertes par les coopérations inter-établissements vont projeter les équipes dans des dimensions nouvelles, où le rôle d'interface et de lien sont indispensables, à l'extérieur avec les partenaires des autres établissements, mais aussi en interne. Une vision systémique

Le PCSIRMT et le PCME sont les intermédiaires entre le directoire et respectivement l'encadrement, et les médecins. Il s'agit d'expliquer et de convaincre. La stratégie de communication doit aussi être un acte collectif des membres de droit du directoire.

L'interrelation et le dialogue doivent être permanents et organisés avec les professionnels de l'hôpital.

La personnalité et les capacités relationnelles des acteurs ont été mises en avant comme facteurs facilitant la coopération. Il est pourtant important de rappeler : que les capacités relationnelles correspondent à leurs capacités différentes à organiser les échanges avec les autres. « Les problèmes affectifs posés par la relation à l'autre, existent toujours dans la mesure où elle implique toujours une relation de pouvoir et un risque de dépendance. Selon Crozier »<sup>48</sup>, Cependant, il ne faut pas réduire les capacités relationnelles des individus à de simples éléments de leur psychologie ou de leur personnalité. Acquises et développées, construites dans et pour l'action, ces capacités sont inséparables des structures à l'intérieur desquelles doit se déployer l'action sociale des individus.

Des formations communes ou un accompagnement des membres de droit du directoire sont proposées par des organismes de formation. Il s'agit de donner une boîte à outils axée sur la gestion économique de l'hôpital mais aussi sur la gestion des ressources humaines et l'organisation de la continuité des soins. L'intérêt de ces formations pour les membres du directoire n'est pas tant le contenu et le programme que de se rencontrer dans un autre espace que son établissement. Il s'agit aussi de partager des pratiques professionnelles, des points de vue entre stagiaires d'établissements différents, de se confronter à d'autres réalités vécues par d'autres acteurs. C'est aussi une opportunité offerte de se découvrir et de se connaître.

Ces différentes observations et préconisations rassemblent les conditions pour établir une relation de confiance entre les acteurs. Celle-ci s'obtient par la compétence, la maîtrise des relations avec l'environnement, la communication et l'utilisation des règles organisationnelles. Le service public demeure le dénominateur et l'objectif commun des

---

<sup>48</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., op.cit

professionnels hospitaliers, cette valeur partagée est le ciment des membres de droit du directoire.

Revenons brièvement à notre questionnement initial :

- Comment cet enjeu de travailler ensemble est-il compris pratiquement et stratégiquement par ces trois catégories d'acteurs.
- Quelles sont les conditions de la coopération et comment se manifestent-elles depuis la mise en place des directoires ?
- Quelle est donc la perception des acteurs sur les directeurs de soins nouvellement incorporés au directoire ?

Nous avons vérifié que nous étions à la source d'un processus de changement, l'ensemble des réponses que nous avons obtenu réfère bien de cela. Elles comportent autant d'espérances positives que de craintes, de défiances. Parfois chacun réactualise un passé, une sociologie de circonstance sur les jeux d'alliances possibles. Nous remarquons bien que les Directeurs déjà sous la pression de la tutelle et de leur charge, imaginent volontiers des risques de frein du système de décision et pourraient dans ce jeu qu'on leur impose, être une charge de plus.

Mais nous avons vu aussi que cette perspective de changement est acquise, dans la mesure où la réforme se met en place avec les variantes propres à chaque établissement. Et de même il nous a été possible de vérifier que la réflexion sur les modes de coopération se déploie. En dépit du cortège de préjugés croisés, l'action, c'est-à-dire le présent, inaugure et façonne cette nouvelle coopération.

Des philosophes, des anthropologues ont observé que la logique trifonctionnelle était génératrice de culture et permettait de résoudre des tensions, trop souvent clivées dans un jeu à deux acteurs. Le DS dans cette nouvelle configuration doit mesurer pleinement sa responsabilité et il doit prendre toute sa part dans ce défi pour le bien commun, ce travail de recherche nous indique que c'est à sa portée.

## CONCLUSION

La réforme existe dans un dispositif complexe de la santé en général, des données financières actuelles. Ce dispositif est lui-même tributaire des données environnementales, sociales, économiques, politiques et culturelles de notre temps. Cette instance décisionnelle qu'est le directoire est donc largement déterminée de l'extérieur, et cet extérieur détermine le cadre adaptatif de l'établissement et ses orientations.

C'est dire autrement que pour le chef d'établissement et le trio qu'il constitue avec le président de la commission médicale d'établissement et le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le primat de la stratégie de positionnement, de développement et de gestion. On demande aux acteurs de dépasser le cadre de jeu traditionnel, un jeu dont l'histoire et les entretiens révèlent des stéréotypes. Les attentes sont souvent teintées de l'histoire passée et l'avenir lui est à écrire au présent. La responsabilité de chacun est de trouver des synergies dans la coopération, des voies gagnantes dans un espace nouveau qui doit conduire à inventer d'autres possibles. Avec à la clé : « comment seront-nous soigné demain ? », dans un monde où les ressources ont toujours été rares mais dont on découvre, aujourd'hui plus que jamais, qu'elles le sont effectivement.

On demande finalement aux acteurs de relever un défi de société. Qui mieux qu'eux pourrait le faire ? A l'inévitable rationalité limitée de Friedberg et Crozier doit répondre encore l'intérêt général du Service Public de Santé. Dans cette nouvelle donne, le Directeur des Soins, avec les représentations et interrogations qu'il suscite au sein de ce trio, doit apporter sa culture professionnelle, son savoir-faire, dans un esprit d'écoute, de partage, d'ouverture et de coopération. Aux attentes, hésitations trop souvent dictées par l'inquiétude (et tout autant la sienne) et la peur du changement, il a pour mission d'enrichir une culture désormais commune par des propositions créatives, réalistes, et efficaces- en somme d'un devoir de compétence- Et comme ce défi s'applique à tous les trois, il est co-acteur et partie prenante d'une forme de management nouvelle et d'une prometteuse histoire qui s'écrit dans les hôpitaux.

# BIBLIOGRAPHIE

## TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Loi n° 2009-879 portant « réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », JO le 22 juillet 2009
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des Centres hospitaliers et universitaires (CHU), à la réforme de l'enseignement médical et au développement de l'enseignement médical, dite réforme Debré
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Décret n°43-8 91 du 17 avril 1943 - portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Décret n°2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé, JO n°303 du 31 décembre 2009
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé

## OUVRAGES

- ABDELMALEK A., GERARD JL., 1994, *Sciences humaines et soins, Manuel à l'usage des professions de santé*. InterÉditions.
- AÏACH P., FASSIN D. (1994, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris Anthropos, pp. 281-308
- ALTER N. 2009, *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, Paris, La Découverte.
- CHABOT JM. 2009, *Gouvernance, paradigme, métrologie et benchmarking !* février 2008, in *Pratique médicale – Loi HPST. Analyses et Arguments*, p.79

- CLEMENT JM. 2001, *La mutation de l'hôpital 1900-2000*, Bordeaux, Les études hospitalières éditions.
- CRESSON G., DRULHE M. SCHWEYER F-X. 2003, *Coopération, conflits et concurrence dans le champ de la santé*, Rennes, édition ENSP
- CROZIER M., FRIEDBERG E. 1981, *L'acteur et le système*, Paris, Collection Points Seuil
- FARNEL JF, 1994, *Le lobbying : stratégies et techniques d'intervention*, Paris, Éditions Organisation, p.174
- FREIDSON E., 1984, "*La profession médicale*", Ed Payot, p.369
- FRIEDBERG E. 1997, *Le pouvoir et la règle*, Paris, Collection Points Seuil
- LIVIAN YF. 1987, *Gérer le pouvoir dans les entreprises et les organisations. L'analyse des comportements politiques*, Paris, Formation permanente en sciences humaines, Editions ESP-Entreprises
- MOREAU DEFARGES P. 2003, *La gouvernance*, Vendôme, Que sais-je ? Presses Universitaires de France
- REY A. 2007, *Dictionnaire historique de la langue française*. Le Robert
- REYNAUD J-D 1993, *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, A. Collin, Coll. U
- THOUVENIN D., 1995, *La responsabilité médicale*, Flammarion, Coll. « Médecine-Sciences »

## ARTICLES

- AUBART F., mars 2007, « Le pouvoir à l'hôpital », *Cosmopolitiques* n°14 Comment rendre la santé publique ?. pp. 55-60
- DE MONTALEMBERT P., novembre 2010, « Administrateur/soignant, l'éternel retour du mythe de l'unité perdue », *Gestions Hospitalières* n°500. pp. 584-588
- MARIN Ph. Juillet-Août 2010, « Conseil de surveillance et directoire. Les instruments juridiques d'une révolution de velours ». *Revue hospitalière de France*. N°535
- NOBRE T. ; juin 1998 « Management de la valeur et pouvoirs dans l'hôpital », *Université Louis Pasteur Strasbourg, Finance Contrôle Stratégie – Volume 1, N°2*, pp. 113 – 135
- SCHEFFER P., DE MARSAC C, octobre 2007. « Analyse gouvernance et stratégie », *Gestions Hospitalières*, n°469

## ARTICLES EN LIGNE

- BAILLY F., CRESSON G. et SCHWEYER FX. (sous la direction de), « professions et institutions de santé face à l'organisation du travail : aspects sociologiques »,

Sciences sociales et santé, 2003, vol. 21, N°1, pp. 103-106. url : <http://www.persee.fr/> Consulté le 04 septembre 2011

- DUMOND JP., « *Les conflits de pouvoir à l'hôpital* », *Les Tribunes de la santé*, 2003/1 no 1, p. 71-81. DOI : 10.3917/seve.001.81
- Benoît Nautré, « L'hôpital et le contrat », *Ceras - revue Projet* n°304, Mai 2008. URL : <http://www.ceras-projet.com>.
- FRANÇOIS-XAVIER SCHWEYER, « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne], XLIV-135 | 2006, mis en ligne le 13 octobre 2009, consulté le 27 octobre 2011. URL : <http://ress.revues.org/251>

## **RAPPORTS**

- FOURCADE JP., *Rapport du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé*. 2011
- JOUNIN N., WOLFF L. *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*. DREES n°64 – octobre 2006
- LARCHER G., *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*. 2008
- MOLINIE E., *L'hôpital public en France : bilan et perspectives. Étude du Conseil économique et social*. 2005
- VALLENCIEN G., *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire*. 10 juillet 2008

## **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS**

- La loi HPST à l'hôpital : Les clés pour comprendre. ANAP. Ministère de la santé et des sports. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) et [www.anap.fr](http://www.anap.fr)
- Fiches pédagogiques HPST > *La gouvernance des établissements publics* > *Le directoire*. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE I** : Grille d'entretien auprès des membres de droit du directoire.

## ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES MEMBRES DE DROIT DU DIRECTOIRE

---

<b>QUESTIONS</b>
1. Quels sont les éléments de changements de la substitution du conseil exécutif par le directoire ?
2. La loi HPST, met en présence trois membres de droit que sont le chef d'établissement, le PCME et le PCSIRMT, dans le directoire. Pourquoi, selon vous ?
3. Qu'est-ce que change cette nouvelle configuration du directoire ?
4. Pensez-vous, comme certains, qu'il s'agisse d'une représentation des 3 pouvoirs à l'hôpital : administratif, médical et soignant ?
5. Y a-t-il eu des changements dans les modes de prise de décision ou de coopération depuis la mise en place du directoire ?
6. Comment s'est manifesté, concrètement, le changement de positionnement du PCSIRMT, dans les modalités de prises de décisions ?
7. Avez-vous noté des modes de coopération différents ?
8. Quelle est la plus-value du PCSIRMT dans les prises de décision de cette instance ?
9. Quelles sont les sources de légitimité du PCSIRMT ?
10. Étiez-vous favorable à cette place de membre de droit pour le PCSIRMT ?
11. Quels sont, de votre point de vue les facteurs de réussite du trio du directoire

DORNA

Carole

Décembre 2011

**FILIÈRE DIRECTEURS DES SOINS**

Promotion 2011

**LE PRESIDENT DE LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES AU DIRECTOIRE**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université

**Résumé :**

Le directoire, instance collégiale rassemble le pouvoir administratif, médical, et paramédical. Le terme de pouvoir, est examiné comme une relation entre des acteurs, dont un des atouts est de concourir au changement.

Cette instance représente la synthèse d'une ambition managériale et la volonté de développer une réelle interdisciplinarité afin que chacun apporte sa contribution au dispositif d'ensemble.

L'enquête montre que la réforme se met en place avec les variantes propres à chaque établissement. Les modes de coopération se déploient dans l'action.

La logique trifonctionnelle de la configuration du directoire peut permettre de résoudre des tensions, trop souvent clivées dans un jeu à deux acteurs. Le DS dans cette nouvelle configuration doit mesurer pleinement sa responsabilité et prendre toute sa part dans ce défi pour le bien commun, ce travail de recherche nous indique que c'est à sa portée.

**Mots clés :**

Directoire, Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, membre de droit, coopération, prise de décision.

***L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.***