



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

---

**DIRECTEUR DES SOINS ET  
COMMUNAUTÉ MÉDICALE**

TRAVAILLER ENSEMBLE POUR UN FONCTIONNEMENT  
EFFICIENT DE L'ÉTABLISSEMENT

---

**Valérie ARNAUD-DOUVILLE**

**« Je n'ai point tiré mes principes de mes préjugés,  
mais de la nature des choses »**

**Montesquieu (1689-1755)**

---

# Remerciements

---

Je remercie,

L'ensemble des professionnels qui m'ont accordé leur confiance et du temps lors de nos entretiens. Chacun d'entre eux a contribué à la maturation de ma réflexion et a bousculé mes évidences.

Ma tutrice de positionnement ainsi que mes maîtres de stage qui m'ont accompagnée vers une nouvelle professionnalisation, vers ce métier qu'ils représentent avec tant d'engagement.

Tous les professionnels rencontrés lors de mes stages ou au décours de missions de santé publique.

Monsieur Jean-René LEDOYEN, responsable de filière, qui m'a guidée avec bienveillance avant qu'il ne parte pour de nouvelles aventures et Madame Isabelle MONNIER qui lui a succédé avec la volonté de nous accompagner jusqu'au terme de cette année d'études.

Les collègues de la promotion, que j'ai appris à connaître au fil des semaines, des mois pour certains, et qui ont enrichi ma formation.

Un remerciement particulier à Dominique et Isabelle déjà présents lors de la préparation au concours. Leur soutien, leur authenticité, leur humour et leur présence aura contribué à mon épanouissement. Plus que des collègues, ils sont aujourd'hui des amis.

Je ne peux terminer ces remerciements sans souligner l'importance du soutien et des encouragements de mon mari et de mon fils, y compris dans les moments difficiles.



---

# Sommaire

---

|  |    |
|--|----|
| Introduction.....  | 1  |
| 1 Les réformes hospitalières renforcent la collaboration et le pilotage .....  | 3  |
| 1.1 Histoire de l'hôpital public.....  | 3  |
| 1.2 La nouvelle gouvernance de l'hôpital.....  | 5  |
| 2 Place de la communauté médicale et du directeur des soins dans le paysage hospitalier.....   | 7  |
| 2.1 Le Président de CME et les chefs de Pôles.....   | 7  |
| 2.2 Le directeur des soins : évolutions du métier ou comment sa place devient stratégique au fil des textes législatifs .....                | 7  |
| 3 Le pilotage des pôles et l'organisation des soins .....  | 9  |
| 3.1 La communauté médicale et le directeur des soins : acteurs du pilotage médico-soignant .....   | 9  |
| 3.1.1 Concept de la collaboration .....  | 9  |
| 3.1.2 Concept de la co-construction .....  | 11 |
| 3.1.3 Le management des pôles .....  | 12 |
| 3.2 Le directeur des soins et la communauté médicale : vers un changement organisationnel des soins co-construit et porteur de valeurs ..... | 13 |
| 3.2.1 Le changement organisationnel co-construit.....  | 13 |
| 3.2.2 Le management par les valeurs.....   | 14 |
| 4 L'enquête de terrain.....  | 15 |
| 4.1 La méthodologie de l'enquête.....  | 15 |
| 4.1.1 La démarche choisie .....  | 15 |
| 4.1.2 Les limites de l'étude .....   | 16 |
| 4.1.3 Les professionnels ciblés.....   | 17 |
| 4.2 Résultats de l'enquête selon la catégorie professionnelle.....   | 18 |
| 4.2.1 Les présidents de CME .....  | 18 |
| 4.2.2 Les chefs de pôle .....  | 23 |
| 4.2.3 Les directeurs des soins.....  | 27 |
| 4.2.4 Le cadre de santé.....   | 36 |
| 4.2.5 Conclusion relative à l'ensemble des entretiens menés.....   | 39 |
| 5 Réponses aux hypothèses.....   | 39 |
| 6 Les préconisations.....  | 40 |
| 6.1 Connaître les acteurs et comprendre les organisations .....  | 40 |
| 6.2 Construire la collaboration pour co-construire l'avenir .....  | 41 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 6.2.1 | Planifier des temps de rencontres .....   | 42 |
| 6.2.2 | Planifier sans figer.....   | 42 |
| 6.2.3 | Le projet médico-soignant partagé donneur de sens et porteur de valeurs communes .....        | 42 |
| 6.3   | La conduite de projets pour travailler ensemble .....   | 43 |
| 6.4   | Le positionnement ou la posture professionnelle du directeur en instances et en réunions..... | 44 |
|       | Conclusion .....  | 46 |
|       | Bibliographie .....   | 48 |
|       | Liste des annexes .....   | 52 |

---

## Liste des sigles utilisés

---

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>AAH :</b>    | Attaché d'Administration Hospitalière                               |
| <b>ANAES :</b>  | Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé           |
| <b>ARH :</b>    | Agence Régionale de l'Hospitalisation                               |
| <b>CA :</b>     | Conseil d'Administration  |
| <b>CGS :</b>    | Coordonnateur Général des Soins                                     |
| <b>CSS :</b>    | Cadre Supérieur de Santé  |
| <b>CMC :</b>    | Commission Médicale Consultative                                    |
| <b>CME :</b>    | Commission Médicale d'Établissement                                 |
| <b>CSIRMT :</b> | Commission de Soins Infirmiers, de rééducation et médico-techniques |
| <b>DMS :</b>    | Durée Moyenne de Séjour   |
| <b>DPC :</b>    | Développement Professionnel Continu                                 |
| <b>GCS :</b>    | Groupement de Coopération Sanitaire                                 |
| <b>GHT :</b>    | Groupement Hospitalier de Territoire                                |
| <b>HPST :</b>   | Hôpital, Patients, Santé et Territoires                             |
| <b>LFSS :</b>   | Loi de Financement de la Sécurité Sociale                           |
| <b>ONDAM :</b>  | Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie                  |
| <b>ONIAM :</b>  | Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux              |
| <b>PCME :</b>   | Président de CME  |
| <b>PMP :</b>    | Projet Médical Partagé  |
| <b>PMSP :</b>   | Projet Médico-Soignant Partagé                                      |
| <b>PSP :</b>    | Projet de Soins Partagé   |
| <b>SMS :</b>    | Short Message System  |





## Introduction

La politique publique relative aux établissements de santé, conduit les dirigeants hospitaliers à mener des réformes au sein de leurs établissements dans une recherche permanente de diminution des coûts tout en maintenant des soins de qualité.

Les usagers considèrent que les soins hospitaliers sont de bonne qualité en France. Pour autant, la fermeture d'hôpitaux locaux ou bien les réorganisations territoriales sont parfois mal comprises ou mal tolérées. De plus, les réorganisations au sein des établissements de santé, modifient les prises en charges, qui se veulent plus courtes mais pour autant plus techniques, donc plus coûteuses.

Communément, il est dit que la santé n'a pas de prix mais qu'elle a un coût. A ce titre, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) ne cesse de décroître passant de 7% en 2002 à 2,3% en 2018 dans une perspective de réduction des dépenses de santé. Cinq axes ont été définis dans la projet de loi de financement de la sécurité sociale 2018 dont la structuration de l'offre de soins, la pertinence et l'efficacité des produits de santé ainsi que la pertinence et la qualité des actes. Les réformes législatives et réglementaires, les nouvelles politiques territoriales, les innovations technologiques s'accroissent et mettent l'hôpital en mouvement incessant. Les transformations de l'environnement hospitalier, induites par ces politiques publiques contraignent les dirigeants à concevoir des projets à des fins d'adaptation ou d'anticipation pour ne pas agir dans des conditions qui seraient dégradées.

A l'hôpital, ce savant équilibre ne peut s'opérer que si les décisions sont prises entre professionnels conscients que le prisme de chacun peut être différent mais qu'il est constitutif d'une vision plurielle, utile à la réflexion préalable.

Parmi ces professionnels, le directeur des soins, par son implication dans la conception, la conduite et le suivi de projets ainsi que dans l'identification des besoins et la répartition des ressources disponibles est un acteur majeur dans ce travail collaboratif. Son expérience professionnelle paramédicale lui confère une légitimité auprès de ses interlocuteurs. Il ne travaille toutefois pas seul et ne peut contribuer aux évolutions organisationnelles sans le concours de la communauté médicale et de son représentant, le président de CME.

Pour cela, chacun doit pouvoir trouver un espace d'expression, d'échanges interpersonnels et de débats conduisant à des décisions organisationnelles partagées. Il est essentiel de construire une relation qui ne soit pas basée sur un rapport de force mais sur une volonté de définir les organisations soignantes ainsi que les parcours patients conjointement.

Il est commun de dire que le tout est différent de la somme des parties. C'est ce qui caractérise l'intelligence collective qui vise à tirer le meilleur parti de chacun, de ses compétences, de ses connaissances professionnelles et institutionnelles. L'agrégation de ces contributions ne relève pas de la seule volonté d'y parvenir car la reconnaissance mutuelle n'est pas spontanément acquise. Elle se construit, s'enrichit mais reste fragile car étroitement liée à l'individu.

Directeurs des soins et communauté médicale partagent des valeurs communes permettant des points d'ancrage dans les discussions parfois âpres. Elles sont la composante centrale de l'identité soignante et lient les professionnels à la collectivité d'appartenance que représente l'hôpital. Elles contribuent par ailleurs à développer la dimension collective du travail, le lien et la cohésion entre les collaborateurs pour une responsabilisation et un engagement mutuel. L'esprit public de la santé, à travers l'hôpital, doit pouvoir conduire chacun à « *contribuer à la santé de tous et pour tous, quel que soit son métier* ». <sup>1</sup>

Nos expériences professionnelles en matière de collaboration entre le directeur des soins et la communauté médicales sont diverses. Force est de constater que la qualité des relations entre ces acteurs est déterminante pour permettre des prises en charges innovantes et contribuer à l'amélioration du fonctionnement des établissements.

D'abord observatrice de cette relation entre le directeur des soins et la communauté médicale, demain actrice de ce métier, nous nous sommes interrogé sur ce qui sera le sujet central de ce travail : **En quoi la collaboration du Directeur des Soins avec la communauté médicale contribue au pilotage médico-soignant des activités de soins ?**

La première partie de notre travail consistera à aborder le cadre conceptuel de notre questionnement en traitant de l'évolution de l'hôpital, de la place du directeur des soins et de la communauté médicale dans le paysage hospitalier et de leur nécessaire collaboration.

Dans une seconde partie, nous présenterons la méthodologie de l'enquête de terrain et l'analyse qui en a été faite.

Enfin, nous verrons, à la lumière des apports théoriques ainsi que des témoignages recueillis, quelles préconisations peuvent être proposées pour répondre à notre question de départ et aux hypothèses formulées.

---

<sup>1</sup> SAINSAULIEU I., 2007, *L'hôpital et ses acteurs-Appartenances et égalité*, Paris, Perspectives sociologiques, 267 pages

# **1 Les réformes hospitalières renforcent la collaboration et le pilotage**

## **1.1 Histoire de l'hôpital public**

C'est au cours des IV<sup>ème</sup> et V<sup>ème</sup> siècles que sont créées les maisons d'hospitalité qui accueillent les malheureux, les malades et pèlerins.

Au Moyen-Âge, l'augmentation de la population française et le développement de grandes épidémies (lèpre, peste, choléra...) conduit les personnes malades à se rendre dans les hôpitaux qui ne sont alors plus réservés aux pèlerins. L'hôpital s'organise à l'aide de bénévoles.

En 1662, Louis XIV impose que chaque cité importante possède « un Hôtel-Dieu ou un hospice pour prendre en charge les pauvres, les vieillards, les vagabonds et les orphelins ». L'hôpital est donc plus investi d'une mission sociale que sanitaire.

En 1794, les hôpitaux sont nationalisés et la gestion de l'hôpital est confiée en 1796 à la commune de rattachement.

Au début du XIX<sup>ème</sup> siècle, les établissements hospitaliers ne peuvent exister sans autorisation. En 1838 apparaissent les asiles dans lesquels y sont placés sous contrainte les « aliénés ».

Ce n'est qu'en 1851 que les hôpitaux deviennent autonomes et disposent d'une personnalité morale. Toutefois, les délibérations doivent être approuvées par le conseil municipal.

La loi du 21 décembre 1941 dite « Charte Hospitalière » reconnaît le classement des établissements en centre hospitalier régional, hôpital, hôpital-hospice et hospice.

L'ordonnance du 11 décembre 1958, impose la conception et le suivi de la mise en œuvre d'une politique hospitalière nationale et crée l'hôpital universitaire.

Entre 1960 et 1970, l'hôpital profite de l'expansion économique de la France.

La loi du 31 décembre 1970<sup>2</sup> instaure une carte sanitaire visant à recenser les lits et les équipements lourds en vue de contrôler les constructions de plateaux techniques. Concernant les malades, cette loi prévoit leur libre choix du médecin et de l'établissement de soins. Ils peuvent par ailleurs accéder à leur dossier médical par l'intermédiaire d'un médecin.

Durant ensuite une vingtaine d'années, les lois se succèdent sur la planification et la tarification hospitalière. Les coûts liés à l'hospitalisation conduisent, par la loi du 31 juillet 1991, à mettre en œuvre le schéma d'organisation sanitaire élaboré dans chaque région et

---

<sup>2</sup> Loi N° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

déclinée par typologie de prise en charge, par activité coûteuse et par équipement médico-technique.

L'ordonnance du 24 avril 1996<sup>3</sup> relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée consiste à régionaliser le financement et l'activité des établissements, en vue de réduire les inégalités entre régions et établissements. Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) sont alors créées en vue de responsabiliser les établissements et de contractualiser avec eux (contrats d'objectifs et de moyens) dans un contexte de mise en place de mesures d'évaluation et d'accréditation. Pour se faire, l'ANAES est créée et fixe les normes de bonnes pratiques. Le financement des établissements publics sont sous la forme d'une dotation globale limitative, en fonction des objectifs de dépense de la LFSS. La mise en commun des moyens entre établissements est possible à travers les GCS. Cette ordonnance modifie également l'organisation des établissements. En effet, le conseil d'administration voit la suppression des représentants des caisses de sécurité sociale au profit de l'augmentation des élus locaux. Pour autant, le maire de la commune d'implantation de l'établissement n'est plus systématiquement président du CA.

Les objectifs de cette ordonnance dite JUPPÉ sont triples : réduire le nombre de lits installés par la réduction des DMS, concentrer les équipements hospitaliers tout en développant la qualité des soins (titre I relatif au droit du malade et à la création de la charte du patient hospitalisé).

La loi du 04 mars 2002<sup>4</sup>, dite « loi KOUCHNER », relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, permet aux patients d'accéder à leur dossier médical sans l'intermédiaire d'un médecin en pouvant s'appuyer sur une personne de confiance, en vue de permettre le consentement éclairé aux soins qui lui sont prodigués. Elle crée dans le même temps un droit d'indemnisation à l'amiable pour les patients victimes d'erreurs médicales ou d'infections nosocomiales, l'ONIAM étant chargé d'en réguler les procédures. Un plan de modernisation de l'hôpital, dit « plan hôpital 2007 » est annoncé en conseil des ministres en 2002. Il se concrétise par les ordonnances de 2003 visant à :

- La simplification et la réorganisation dans le domaine sanitaire et social par la loi du 02 juillet 2003
- La simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé par l'ordonnance du 04 septembre 2003 qui prévoit :
  - La simplification des autorisations d'activités de soins en supprimant la carte sanitaire mais en renforçant le schéma régional élaboré par les ARH
  - Le renforcement de la coopération inter hospitalière par les GCS créés en 1996.

---

<sup>3</sup> Ordonnance N°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>4</sup> Loi N° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits de malades et à la qualité du système de santé

- La modification du mode de financement des investissements des hôpitaux à travers le recours au bail emphytéotique contribuant au plan de rénovation hospitalière.

## **1.2 La nouvelle gouvernance de l'hôpital**

L'ordonnance du 02 mai 2005<sup>5</sup> constitue le volet « gouvernance » du plan hôpital 2007. Elle recentre le conseil d'administration sur ses missions stratégiques d'organisation et de contrôle et crée un conseil exécutif composé de médecins et d'administratifs.

L'organisation médicale est simplifiée par la mise en place de pôles d'activité sur proposition du conseil exécutif et définis conformément au projet médical de l'établissement. La structuration en services, et donc la chefferie de service pouvait être maintenue dès lors que ces mêmes services étaient regroupés dans un pôle.

La loi du 21 juillet 2009<sup>6</sup> confirme la place des pôles dans le paysage des établissements publics de santé. Les chefs de pôle (non plus responsables de pôle) sont désormais nommés par le directeur sur présentation d'une liste, comportant au moins trois noms, élaborée par le président de CME. La durée de leur mandat est fixée à quatre ans, renouvelable. Un contrat de pôle est signé entre le chef d'établissement et le chef de pôle et contresigné par le président de CME pour les pôles d'activité clinique et médico-technique. La contresignature du président de CME atteste de la conformité du contrat de pôle avec le projet médical d'établissement. Le contrat comprend les objectifs fixés au pôle et les moyens attribués pour les atteindre en matière de politique et de qualité des soins. Il détermine par ailleurs les indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs.

Les fonctions de gestion du chef de pôle sont définies :

- Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés dans les structures internes du pôle
- Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux
- Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière
- Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle
- Affectation des personnels au sein du pôle
- Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale
- Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels et au plan de DPC des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques

---

<sup>5</sup> Ordonnance N°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

<sup>6</sup> Loi N° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Un projet de pôle est élaboré par le chef de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination. Il précise les missions et responsabilités confiées aux services et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs fixés au pôle. Il prévoit par ailleurs les évolutions de leur champ d'activité et adapte les moyens et les organisations en regard.

La Loi de modernisation de notre système de santé<sup>7</sup> introduit un pilotage élargi des établissements de santé regroupés en Groupements Hospitaliers de Territoire. En l'absence de personnalité morale, ce pilotage est assuré par la désignation d'un établissement support, chargé d'assurer pour le compte des établissements parties au groupement certaines fonctions et activités déléguées telles que :

- La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, par exemple un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein du GHT
- La gestion d'un Département de l'Information Médicale de Territoire
- La fonction achat,
- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale et des plans de formation des personnels du GHT

Des équipes médicales communes et des pôles inter-établissements peuvent être institués. Le texte prévoit l'élaboration d'un projet médical partagé (PMP) ainsi qu'un projet de soins partagé (PSP) de territoire, le plus souvent projet médico-soignant, porteur de sens à la fois pour le corps médical et le personnel soignant.

Il est élaboré pour une durée de cinq ans et prévoit les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

Pour accompagner les établissements, un calendrier d'élaboration des PMP, des fiches repères ainsi que des idées clés sont disponibles sur le site du Ministère des solidarités et de la santé.<sup>8</sup>

La succession des réformes hospitalières visant notamment à structurer le pilotage de l'hôpital nécessite une réflexion conjointe entre le président de CME, la communauté médicale et le directeur des soins.

---

<sup>7</sup> Loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<sup>8</sup><http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/les-activites-medicales-et-soignantes> - [Projet-medical-partage-et-projet-de-soins-partage](#)

## **2 Place de la communauté médicale et du directeur des soins dans le paysage hospitalier**

### **2.1 Le Président de CME et les chefs de Pôles**

Le Président de CME joue un rôle primordial en matière de politique médicale de l'établissement et du territoire de santé. La Commission Médicale Consultative (CMC), créée en 1970 devient la Commission Médicale d'Établissement (CME) par ordonnance du 02 mai 2005.<sup>9</sup>

Les réformes hospitalières confèrent une position stratégique du PCME au gré des politiques publiques. Ainsi, la loi HPST<sup>10</sup> lui confère un niveau stratégique, notamment en sa qualité de vice-président du directoire. Il élabore le projet médical du projet d'établissement, coordonne la politique médicale, suit la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Le décret du 20 septembre 2013<sup>11</sup> renforce le rôle de la CME sur les coopérations territoriales et le plan de redressement. Enfin, par le décret du 11 mars 2016, la CME se prononce sur la cohérence médicale et la conformité des projets de pôles au projet médical.

La CME est par ailleurs informée sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.

### **2.2 Le directeur des soins : évolutions du métier ou comment sa place devient stratégique au fil des textes législatifs**

D'abord surveillante générale au début des années 70, c'est par décret du 11 avril 1975<sup>12</sup> que le grade d'infirmier général a été créé. Ce texte intervient dans un contexte de modernisation de l'hôpital en termes de qualité des soins, de confort et de service. Le nombre de personnel médical et non médical augmente et une planification de l'offre de soins est structurée. Les directeurs d'hôpital souhaitent disposer de relais pour « *permettre une économie de temps, de papiers et éviter de nombreux hiatus souvent très onéreux* ». <sup>13</sup> L'infirmier général est alors responsable de la coordination des activités des personnels (infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers) et propose leur affectation.

---

<sup>9</sup> Ordonnance N° 2005-406 du 02 mai 2005 relative à la simplification du régime juridique des établissements de santé

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

<sup>11</sup> Décret N°2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la CME et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé

<sup>12</sup> Décret N°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics

<sup>13</sup> SCHWEYER FX., 2000, *Les professions et les institutions de santé face à l'organisation du travail*, Éditions ENSP, 222 pages

Il veille, en liaison avec le corps médical, à la qualité des soins infirmiers et participe à la conception, l'organisation et à l'évolution des services médicaux.<sup>14</sup>

On note déjà la volonté des pouvoirs publics d'un travail collaboratif entre l'infirmier général et la communauté médicale.

Presque quinze années plus tard, l'infirmier général assiste de droit aux réunions de la Commission Médicale d'Établissement en qualité de membre de l'équipe de direction responsable des soins infirmiers<sup>15</sup>. En 1994 l'infirmier général assure la direction du service de soins infirmiers et préside la commission du service de soins infirmiers. Il remet par ailleurs un rapport annuel d'activité au chef d'établissement.

Le dernier décret statutaire du 19 avril 2002<sup>16</sup>, les directeurs des soins sont chargés des fonctions de coordination des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il s'agit là, à travers le directeur des soins, de coordonner la prise en charge du patient hospitalisé.

La loi du 21 juillet 2009<sup>17</sup> place le directeur des soins, président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) comme membre de droit du directoire. Ses missions sont donc élevées à une dimension plus politique et stratégique des établissements de santé. Presque un an plus tard, par décret<sup>18</sup>, les compétences de la CSIRMT sont précisées et elle est consultée pour avis sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, rédigé par le coordinateur général des soins
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades
- La politique de l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- La politique de développement professionnel continu

Par la loi dite HPST, l'organisation interne des hôpitaux est bouleversée et s'accompagne de nouveaux champs de responsabilité pour le directeur des soins.

---

<sup>14</sup> Décret N°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics

<sup>15</sup> Décret N° 90-956 du 26 octobre 1990 relatif à la Commission Médicale des Établissements d'hospitalisation publics

<sup>16</sup> Décret N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

<sup>17</sup> Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>18</sup> 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



Les enseignements tirés de la lecture des textes relatifs à l'évolution de l'hôpital ainsi que des professions médicales et des missions du directeur des soins nous permettent de conclure que la volonté des pouvoirs publics a toujours été de favoriser la collaboration entre ces deux acteurs. Leur réflexion conjointe potentialise la prise en compte des impacts des nombreuses réorganisations hospitalières. Il s'agit donc pour le directeur des soins de promouvoir le travail avec la communauté médicale et d'en faire une priorité pour donner du sens à l'action.

### **3 Le pilotage des pôles et l'organisation des soins**

#### **3.1 La communauté médicale et le directeur des soins : acteurs du pilotage médico-soignant**

La relation entre médecins et directeur des soins est décisive pour conduire à des décisions organisationnelles adaptées aux besoins de la population accueillie à l'hôpital. Leurs connaissances professionnelles sont différentes mais complémentaires. Il s'agit par conséquent de reconnaître l'expertise de chacun et de lui accorder une valeur supplémentaire à celle de chacun des acteurs. Le dialogue se doit alors d'être respectueux et facilitant l'amélioration des organisations médico-soignantes à travers une vision commune des enjeux.

Selon Ehrard FRIEDBERG, « *les compétences les plus importantes se créent plus grâce aux collaborations d'acteurs dans un contexte pluridisciplinaire qu'à l'excellence individuelle* ». <sup>19</sup> .

##### **3.1.1 Concept de la collaboration**

La collaboration est définie comme « *l'action de collaborer, de participer à une œuvre avec d'autres* »<sup>20</sup>. S'il s'agit de collaborer, il faut donc « *travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions ; participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune* »<sup>21</sup>. Travailler de concert ne fait en rien référence à un orchestre musical mais à l'ancienne signification du mot concert définissant un accord entre individus, tendant vers un objectif commun. Il s'agit donc de se mettre d'accord.

La collaboration entre le directeur des soins et la communauté médicale participe à la recherche d'efficience dans les choix organisationnels opérés ainsi qu'à l'amélioration continue de la qualité des soins. L'hôpital contemporain exige des soins de qualité à moindre coût, dans un contexte d'évolution des politiques publiques conduisant à repenser les politiques internes à l'établissement. Il s'agit alors pour les managers de connaître les limites à la réduction des coûts pour ne pas dégrader la qualité des soins. Seul un travail

---

<sup>19</sup> FRIEDBERG E., 1997, *Le pouvoir et la règle*, Paris, Éditions SEUIL, 384 pages

<sup>20</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaboration/17137>

<sup>21</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140?q=collaborer#17013>

collaboratif de recherche d'organisations adaptées permet de légitimer les organisations retenues, de leur donner du sens et être partagées.

Collaborer devient alors un gage de travail en commun, dans un même but, dans un environnement favorable.

Au Canada, l'association des Infirmières Praticiennes Spécialisées en Soins de Première Ligne (IPSSPL) considèrent la pratique collaborative comme « *favorisant un bon climat de travail et contribuant à optimiser la qualité des soins et du suivi* ». <sup>22</sup> Des études scientifiques portées par l'association ont permis de déterminer les facteurs favorisant la collaboration.

Trois déterminants ont été identifiés :

- Les déterminants interpersonnels :
  - La confiance en soi et en celles des autres favorisent la collaboration interprofessionnelle
  - Les attitudes de chacun basées sur le respect et l'absence de préjugés sur l'autre
  - Une communication efficace entre les membres
- Les déterminants organisationnels :
  - Un leadership orienté vers une pratique collaborative affichée
  - Un climat de travail soutenant des relations égalitaires entre les participants
  - Une formalisation des rôles et des responsabilités
  - Une coordination efficace des actions menées permettant la contribution efficace des acteurs
  - Des mécanismes de communication efficaces et égalitaires
- Les déterminants systémiques :
  - L'impact des réglementations et du cadre législatif
  - L'impact du modèle de financement qui peut être incitatif, ou non, à la collaboration
  - Le système de formation des nouveaux professionnels qui forment à la pratique collaborative

L'association recommande par ailleurs que du temps « *soit alloué à des opportunités d'échange entre les membres de l'équipe (...) permettant de partager sur le plan des valeurs, de la vision du rôle et de la contribution dans la prestation de soins (...) bref, apprendre à se connaître pour apprendre à mieux travailler ensemble* ». Outre cette temporalité, un espace d'échange est indispensable pour favoriser la collaboration interprofessionnelle. Cet élément stratégique revêt une importance majeure : « *les professionnels doivent pouvoir se rencontrer et échanger de façon formelle ou informelle* ».

---

<sup>22</sup> <http://www.ipspl.info/collaboration.html>

Grâce à ces facteurs favorables à la collaboration, la confiance se construit et le travail collaboratif en est facilité.

Selon Serge K. LEVAN<sup>23</sup>, la collaboration repose sur une maturité sociale et culturelle en matière de communication, de coopération et de coordination. Alors, la co-analyse de la situation permettra au groupe de construire un référentiel cognitif. La co-définition de l'objectif et de la stratégie conduira le groupe à partager une vision sur le résultat et la démarche. La co-réalisation des actions prévues, dans un calendrier donné, favorisera le travail de production et de suivi de l'avancement du travail collaboratif. Enfin, la co-évaluation des situations et résultats intermédiaires contribuera au pilotage du processus.

Ces recommandations nous amènent à considérer la collaboration comme levier managérial à la co-construction.

### **3.1.2 Concept de la co-construction**

L'implication du président de CME, de la communauté médicale et du directeur des soins dans le processus de décision hospitalier est indispensable pour produire des contributions de qualité. Pour faciliter la co-construction, les pouvoirs doivent être équilibrés sans pour autant créer de l'inertie, rendant chaque acteur attentiste. Il s'agit donc de mettre en œuvre les conditions favorables à l'expression d'un maximum de propositions, de débats, de délibérations et de négociations.

Selon Jean-Yves BARREYRE, rédacteur de la préface du livre de Michel FOUURIAT, « *La co-construction concerne toutes les formes d'accompagnement où le projet éducatif résulte de délibérations entre les acteurs ayant des positionnements symboliques et institutionnels différents* ». <sup>24</sup>

La co-construction est un processus volontaire et formalisé, d'au moins deux acteurs, s'accordant sur une définition de la réalité ou d'une façon de faire afin de :

- Définir, élaborer, construire un diagnostic, une analyse, un projet, un changement, une politique ou une méthode
- Trouver un compromis sur lequel les acteurs s'entendent

L'auteur reconnaît toutefois, qu'il n'y a pas de définition stabilisée et reconnue de la co-construction et choisit donc de la traiter dans le champ de la recherche de convergences.

Selon lui, il existe six dimensions de la co-construction :

- La dimension de participation : vigilance car participation ne signifie pas nécessairement co-construction

---

<sup>23</sup> Conseil en management, organisation et systèmes – Enseigne la collaboration et le mode projet en universités

<sup>24</sup> FOUURIAT M., 2016, *La co-construction, une alternative managériale*, Presses de l'EHESP, 180 pages

- La dimension d'innovation – création : par l'émergence de nouvelles idées, la pluralité des points de vue et des cadres de référence
- La dimension dialogique : il s'agit de la mise à l'épreuve de la pertinence et de la cohérence de l'argumentation des acteurs et des réajustements choisis, basés sur des contenus « *affectifs, identitaires et imaginaires* ».
- La dimension de production de textes, d'accords, de compte-rendus, permettant de lever les ambiguïtés
- La dimension performative : la contribution des acteurs au projet facilite sa mise en œuvre
- La dimension du compromis et de l'accord : nécessite de la prise de distance et d'accepter les traductions permettant les compromis. Les acteurs s'efforceront de réduire l'opposition et la divergence avec les autres, même si la co-construction n'évite pas les jeux de pouvoir. Alors, la compréhension de l'expérience de l'autre permet de comprendre son raisonnement et l'interprétation de la réalité qui est la sienne

La co-construction conduit à des relations plus égalitaires entre les acteurs, renforce les liens entre les professionnels, leur donne plus de pouvoir. Pour cela, une culture collaborative est indispensable.

### **3.1.3 Le management des pôles**

L'organisation polaire des établissements de santé est une réalité pour la majorité d'entre eux. Toutefois, il existe de nombreuses disparités dans la traduction des textes. Aussi, en 2011, le rapport FOURCADE<sup>25</sup>, soulignait qu'il n'existait pas de contrats de pôles dans la très grande majorité des établissements et que la délégation de gestion reste très limitée. Pourtant, le pôle devient, au fil du temps, un élément majeur de mesure de la performance des services qui le constituent et donc de l'hôpital. Les médecins sont fréquemment résistants aux dispositifs évaluatifs imprégnés d'une logique quantitative qualifiée souvent de gestionnaire, plus que médicale. Toutefois, le pilotage des pôles par la mise en place d'indicateurs de suivi d'activité, financier, de qualité et de sécurité des soins, lui donne une importance stratégique dans les décisions institutionnelles. Si ceci demeure évident pour les managers cela l'est beaucoup moins pour les professionnels dits de proximité. En effet, l'appartenance à un pôle semble plus relever d'une simple affectation, plus que d'une affiliation.

Les chefs de pôle, quant à eux, peinent parfois à exister du fait de leur position difficile, bien qu'ils soient reconnus comme engagés au niveau institutionnel.

---

<sup>25</sup> FOURCADE J.P, 2011, *Rapport au parlement – Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 75 pages

Les tableaux de bord ou indicateurs doivent permettre des décisions concertées concernant les réorganisations médico-soignantes. Selon Philippe DOMY,<sup>26</sup> « *la contractualisation évoluera par l'enrichissement progressif du dialogue autour d'indicateurs partagés (...) prenant davantage en compte des éléments qualitatifs et de résultats quant à la prise en soins des patients, de préférence aux seuls critères financiers* ».

Concernant les équipes de direction, elles ont dû repenser leur management en intégrant la vision polaire. Leurs fonctions et leurs décisions ne sont plus régaliennes et le dialogue avec le PCME et les chefs de pôle a été renforcé. Parmi eux, le directeur des soins doit alors collaborer avec la communauté médicale pour permettre une prise en charge des usagers selon des parcours ordonnés, coordonnés et de qualité.

La décentralisation de la décision, ici par la mise en place de pôles, est un moyen de motivation des acteurs. Henry MINTZBERG<sup>27</sup> considère qu'un « *seul centre, un seul cerveau, ne peut comprendre toutes les décisions* ». Au sujet de la motivation générée par cette décentralisation, il dit même que « *cette motivation est aussi un facteur clé pour les postes d'encadrement et un certain degré de décentralisation est donc justifié dans la ligne hiérarchique* ».

Pour ce faire, chacun d'entre eux aura la volonté de donner du sens aux actions et de décider sous le prisme des valeurs soignantes qu'ils partagent.

## **3.2 Le directeur des soins et la communauté médicale : vers un changement organisationnel des soins co-construit et porteur de valeurs**

### **3.2.1 Le changement organisationnel co-construit**

Un changement organisationnel conduit à des modifications plus ou moins durables dans des dimensions à la fois formelles (règles, méthodes de travail, etc....) et/ou informelles (les comportements en particulier). Pour autant, ces réorganisations ne sont pas toujours à la seule initiative de l'entreprise (ici nous entendrons hôpital) mais peuvent être liées à des contraintes législatives et réglementaires, des changements de politiques ou bien des évolutions technologiques. Les dirigeants hospitaliers conçoivent donc des projets à des fins d'adaptation ou d'anticipation à cet environnement en perpétuelle évolution. Ils se doivent alors d'être proactifs et de donner du sens aux changements prévus car les

---

<sup>26</sup> DOMY P., 2012, *L'impact de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements – Le point de vue d'un directeur général de CHRU*, pages 27-42, in NOBRE T. *Le management de pôles à l'hôpital*, Éditions DUNOD,

<sup>27</sup> MINTZBERG H., 2003, *Structure et dynamique des organisations*, Éditions d'organisation les références, 434 pages

professionnels, notamment l'équipe d'encadrement paramédical, ne peuvent se contenter d'une simple affirmation leur assénant « *on ne peut pas faire autrement* ». Le rôle du directeur des soins, en collaboration avec la communauté médicale, sera de prendre en compte les différents points de vue en construisant des espaces de parole où chacun peut s'exprimer, confronter ses idées et argumenter. L'objectif principal sera de rechercher un accord entre les acteurs concernant une analyse de situation, un projet structurant pour l'établissement ou bien une nouvelle politique. Plus les acteurs participent à la réflexion et s'y engagent, plus l'analyse ou les propositions sont pertinentes. Pour cela, Michel FOUURIAT<sup>28</sup> conseille la mise en œuvre d'un cadre méthodologique visant à :

- permettre à chaque acteur d'explorer avec les autres de nouvelles façons de penser et de poser les problèmes, d'identifier les enjeux, d'appréhender et de définir les solutions,
- créer un nouveau système d'action qui soit source de nouvelles expériences relationnelles et cognitives
- engager un travail de réflexion et d'élaboration collective à partir d'objets concrets

Pour un changement durable, des temps de médiation et de négociation sont indispensables. À l'hôpital, l'un des liens entre les professionnels est celui de valeurs partagées.

### **3.2.2 Le management par les valeurs**

Les valeurs soignantes, partagées entre le directeur des soins et la communauté médicale, permettent de conférer une légitimité aux situations de travail pour qu'ensemble ils puissent travailler dans un esprit constructif. Elles constituent le lien entre les individus et sont le reflet de l'identité d'une profession, les conduisant à être exigeants et avoir le sens du devoir accompli. Certains métiers sont générateurs de valeurs et nous pouvons affirmer que les métiers du soin en font partie. Ces valeurs partagées conduisent les professionnels à un sens aigu de la responsabilité commune.

Lorsque les valeurs ne restent pas au seul niveau de l'individu mais qu'elles deviennent institutionnelles, elles conduisent alors à la culture de l'entreprise, ici, de l'hôpital. Dans ce contexte abouti de valeurs partagées, le management produit du lien entre chaque collaborateur et l'entreprise.

Selon Jean-François CLAUDE,<sup>29</sup> il existe des conditions favorables au management par les valeurs. Parmi celles-ci, on note que l'entreprise est en interdépendance forte avec son environnement extérieur et que son identité est attachée à ses prestations. D'autre part, la coopération interpersonnelle est effective dans la réalisation des opérations et l'entreprise

---

<sup>28</sup> FOUURIAT M., 2011, *Sociologie des organisations*, 3<sup>ème</sup> édition, Éditions Pearson, 362 pages

<sup>29</sup> CLAUDE J-F., 2003, *Le management par les valeurs*, Éditions liaisons – collection entreprises-carrières, 259 pages

a l'habitude d'élaborer des projets. La culture de management par la qualité est prégnante et l'évaluation est une pratique courante. Nul doute que l'hôpital moderne s'inscrit bien dans cette dynamique de management par les valeurs. Ces dernières, impactent sensiblement la façon de voir la performance et conduisent à une dimension collective du travail à travers l'engagement professionnel. L'auteur considère que le vivre ensemble dans l'entreprise autour de valeurs s'articule entre éthique et politique :

- L'éthique, à travers la solidarité et la reconnaissance
- Le politique, à travers l'intérêt général, l'esprit de démocratie, la gouvernance de l'entreprise, le débat autour de la stratégie et les règles légitimes

À travers le prisme de l'éclairage conceptuel, notre enquête va tenter de répondre à la question de recherche suivante :

**En quoi la collaboration du directeur des soins avec la communauté médicale contribue au pilotage médico-soignant des activités de soins ?**

Nous partons sur trois hypothèses formulées préalablement à l'enquête de terrain :

- Hypothèse 1 : la collaboration entre le directeur des soins et la communauté médicale facilite l'analyse partagée des besoins en réorganisations
- Hypothèse 2 : une culture commune du pilotage médico-soignant par le directeur des soins et la communauté médicale favorise la collaboration
- Hypothèse 3 : la collaboration entre le directeur des soins et la communauté médicale facilite le management des cadres de santé

## **4 L'enquête de terrain**

Le travail d'enquête a pour objet d'éclairer notre postulat de départ et de confronter les hypothèses retenues à la vision des professionnels interrogés.

### **4.1 La méthodologie de l'enquête**

#### **4.1.1 La démarche choisie**

La rencontre avec les professionnels à travers des entretiens semi-directifs nous a semblée adaptée pour appréhender les enjeux de la collaboration entre le directeur des soins et la communauté médicale. Il s'agissait là de comprendre des représentations et de permettre la verbalisation des opinions de chacun.

Ainsi, des guides d'entretiens semi-directifs ont été élaborés pour chacune des catégories de professionnels rencontrés.<sup>30</sup>

Pour chaque question posée, une liste de mots-clés a été déclinée, en lien avec le cheminement de pensée et l'avancement de la recherche conceptuelle relatifs au sujet traité. On constatera à travers les résultats de l'enquête que cette liste n'est pas exhaustive et que les acteurs peuvent la compléter ou ne pas utiliser les termes retenus.

Concernant la programmation de chaque entretien, un contact direct, téléphonique ou physique, a été préalable. Le choix du lieu de rencontre a été libre à la personne audité. La posture adoptée au cours des entretiens s'est volontairement voulue empathique, à l'écoute des propos tenus, s'agissant de créer une relation de confiance, sans jugement. Dans un premier temps, nous avons rappelé l'objet de l'entretien et proposé l'anonymisation des propos tenus ainsi que demandé l'autorisation d'enregistrer l'interview. Chaque professionnel rencontré a accepté l'enregistrement des propos tenus. Certains étaient d'accord pour que l'anonymisation soit levée considérant leurs propos comme non confidentiels. Nous avons fait le choix de ne pas lever cet anonymat pour respecter une cohérence d'ensemble concernant le traitement des entretiens. Une prise de note complémentaire a été utilisée lors des deux premiers rendez-vous. Toutefois, elle nous a semblé parasiter la relation avec la personne audité. Ainsi, les rencontres suivantes n'ont pas fait l'objet de prises de notes, même si nous avons à disposition le matériel en cas de nécessité.

#### **4.1.2 Les limites de l'étude**

- Le choix du sujet, la détermination de ses contours ainsi que la recherche bibliographique ont impacté le temps dédié à l'enquête. Les hésitations, parfois le sentiment d'égaré ont conduit au doute. Toutefois, notre groupe restreint relatif au travail du mémoire a été d'une aide précieuse. L'expérience professionnelle de mes collègues, leur disponibilité et les questionnements suscités nous ont aidé à mieux définir l'objet de recherche. Les temps dédiés aux guidances avec notre référent mémoire a par ailleurs contribué à mieux cerner le sujet.
- Le nombre de professionnels audités ne se veut pas révélateur des relations entre les professionnels. En outre, il ne permet pas d'être affirmatif sur les enseignements que nous pourrions tirer des suites des entretiens.
- La classification en deux groupes de professionnels collaborant entre eux et ne collaborant pas a pu être subjective, même si elle a fait l'objet d'un choix soigné.

---

<sup>30</sup> Cf. annexes N°1 à 4



- Le cadre conceptuel choisi a pu influencer le contenu des guides d'entretien. Il ne se veut pas exhaustif ni de nature à généraliser les conclusions du travail de recherche.

#### 4.1.3 Les professionnels ciblés

Le postulat de départ étant que la collaboration entre le directeur des soins et la communauté médicale pouvait favoriser le pilotage médico-soignant, il nous a semblé intéressant de constituer deux groupes de professionnels :

- Ceux qui semblent collaborer
- Ceux qui semblent ne pas collaborer

Afin de déterminer ces deux groupes, nous avons observé les relations entre les acteurs au cours de stages ou bien avec l'aide de professionnels en activité nous permettant de « catégoriser » les professionnels rencontrés.

Ainsi, huit professionnels ont accepté de participer aux entretiens individuels. La répartition se veut comme suit :

- Deux présidents de CME
- Deux chefs de pôle
- Trois directeurs des soins
- Un cadre de santé

La durée moyenne des entretiens est d'environ une heure. L'entretien le plus court a duré vingt-deux minutes et le plus long une heure trente.

| Professionnels interviewés        | Durée de l'entretien | Lieu de l'entretien           | Date de l'entretien | Relation de travail                 |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| Président de CME 1                | 1 heure 10 minutes   | Bureau de président de CME    | 18/07/2017          | Avec le CGS 2                       |
| Président de CME 2                | 1 heure 30 minutes   | Bureau de président de CME    | 02/08/2017          | Avec le CGS 1                       |
| Chef de pôle 1                    | 22 minutes           | Salle de réunion              | 07/07/2017          | Avec le PCME 1 et CGS 2             |
| Chef de pôle 2                    | 58 minutes           | Bureau de consultation        | 15/06/2017          |                                     |
| Coordonnateur général des soins 1 | 30 minutes           | Bureau du CGDS                | 13/07/2017          | Avec le PCME 2                      |
| Coordonnateur général des soins 2 | 30 minutes           | Bureau du CGDS                | 18/07/2017          | Avec le PCME 1 et le chef de pôle 1 |
| Directeur des soins 3             | 1 heure 15 minutes   | Bureau du Directeur des Soins | 12/07/2017          |                                     |
| Cadre de santé 1                  | 52 minutes           | Salle de réunion              | 17/08/2017          | Avec le CGS 2                       |

## 4.2 Résultats de l'enquête selon la catégorie professionnelle

### 4.2.1 Les présidents de CME

A) Le président de CME 1 :

Il exerce son activité de Président de CME depuis 2007 dans l'établissement. Il a en effet assuré plus de deux mandats consécutifs dans un contexte de fusion d'établissement.

Concernant le pilotage médico-soignant des pôles, il considère l'organisation comme étant classique, même s'il n'y a pas de directeur référent de pôle. En effet, l'organisation retenue est celle d'un trio de pôle constitué d'un chef de pôle, d'un cadre supérieur et d'un cadre gestionnaire. Le rôle, les missions et le profil de ce dernier ayant longtemps fait polémique car il est plutôt considéré comme « *un secrétaire amélioré* » plutôt qu'un assistant de gestion.

Il considère par ailleurs qu'il n'y a rien à disposition des pôles pour leur pilotage et dit en conséquence « *pourquoi je ne dis « rien » parce que je trouve que dans l'établissement on n'a pas de vrais outils de pilotage stratégique. On a une vision de boutiquier. C'est-à-dire que l'on nous dit que l'on a fait trois consultations de plus que l'année dernière, trois consultations de moins et puis c'est tout !* ». il considère que la médecine n'est pas linéaire et qu'il est difficile de comparer des semestres entre eux dans le domaine de l'activité et des recettes au regard.

En ce qui concerne les données de ressources humaines, il estime que l'on s'attarde sur des chiffres mais que l'on ne recherche pas suffisamment les causes de l'absentéisme par exemple. Pour lui, le pilotage doit consister à étudier la réalité des problèmes rencontrés dans les équipes plus que les chiffres produits qui n'en sont que la résultante.

Il complète son propos en indiquant que certains pôles font cet effort d'analyse.

Il regrette toutefois que la revue de contrat de pôle réalisée une fois par an en présence du directeur général et du président de CME au cours d'un bureau de pôle n'est pas du tout stratégique et ne permet pas de faire le bilan du pôle dans l'atteinte de ses objectifs et en termes de conduite de projets écoulés ou à venir. Il cite un exemple : « *l'année dernière, on s'est fait « piquer » l'activité de chirurgie viscérale par la clinique pour une raison que l'on ne s'explique pas bien parce qu'elle est revenue depuis. Ça c'est de la stratégie : prendre en compte le territoire, l'environnement de l'établissement et ne pas s'attarder sur une activité en baisse parce qu'un chirurgien a été absent quatre mois* ».

Pour lui, les indicateurs produits sont quantitatifs. Il n'y a pas d'effort « *d'analyse, de pilotage stratégique, en tout cas, cela ne transpire pas* ».

Concernant les relations entre le directeur des soins et la communauté médicale, il dit ne pas connaître « *tant que ça* » les missions du directeur des soins. Il pense que le directeur des soins de l'établissement est « *plus directeur que le directeur. Il passe son temps à parler d'économies à réaliser et finalement très peu de projets de soins et ça, ce n'est absolument pas fait pour rapprocher la direction des soins et les médecins. Il n'y a pas de coordination et de concertation entre la direction des soins et les médecins* ». Il regrette que le directeur des soins ne vienne le rencontrer que pour le mettre devant le fait accompli de décisions déjà prises.

Il considère la direction des soins comme « *un état dans l'état* » et précise que « *ce n'est pas bon, ce n'est pas bon...* ». Pour lui, les prérogatives de la direction des soins sont différentes de celles des médecins et il ne revendique pas qu'ils devraient être sous la coupe du président de CME. Il regrette toutefois que le nouveau directeur des soins qui prendra son poste en septembre ait déjà été choisie par le directeur général et qu'il ne lui ait pas été présenté et dit : « *je ne vais pas dire que ce n'est pas politiquement correct mais je trouve que ce n'est pas un bon signal* ». Il est en attente d'un signe de la part du nouveau directeur des soins : « *je suis là depuis 10 ans, ce n'est pas à moi de demander un rendez-vous... On verra...* ». Il interroge le terme directeur des soins, considérant qu'il « *n'est pas bon dans la symbolique, même si ce qui compte c'est la façon d'exercer. Dans le système d'organisation (des soins) français, je trouve que le directeur des soins ne va pas avec l'organisation médicale. Quand on regarde les instances, le directeur des soins est dans la case « directeur » et non dans la case « soins » dans la tête des médecins. Il faut donc corriger cela dans les relations directeur des soins et président de CME* ». Il termine son propos sur le sujet en précisant qu'au-delà des compétences, il y a aussi des histoires humaines, des caractères qui sont parfois incompatibles : « *des psychorigides, des laxistes, bref... la vie...* ».

|   |   |
|---|---|
| <b>Trois termes définissant sa relation avec le directeur des soins</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trop épisodique</li> <li>• Cordiales</li> <li>• Manque de coordination</li> </ul>  |
| <b>Les leviers pour une relation efficace</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontres régulières en dehors des instances (une fois par mois)</li> <li>• Objectifs communs</li> <li>• Complémentarité</li> <li>• Communication sur les actualités respectives, les différents projets, les points de difficulté</li> </ul> |
| <b>Les freins à une relation efficace</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de coordination avec les projets médicaux, surtout dans le cadre du projet médico-soignant du GHT</li> <li>• Tout ce qui bloque la réflexion commune</li> </ul>   |
| <b>Les qualités nécessaires au directeur des soins pour travailler avec le président de CME</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Savoir et vouloir communiquer</li> <li>• Piloter sans rester dans le dogme des chiffres, notamment en gestion des ressources humaines</li> </ul>   |

|   |  |
|---|--|
| Sujets de sollicitations du directeur des soins | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation, qualité et sécurité des soins</li> <li>• Échanges sur les soins délivrés aux patients par les soignants</li> <li>• Regards croisés entre le médical et le paramédical</li> <li>• Priorités de formations</li> </ul> |
|---|--|

Concernant les réformes hospitalières et la responsabilité relative à la qualité des soins, il pense qu'elles ne modifient pas ses relations avec le directeur des soins. Il dit que ce n'est qu'une question de personnes, de volonté d'organisation interne. Pour lui, le directeur des soins est au directoire et c'est « *logique* », loi ou pas loi, il faut qu'il y soit pour « *apporter quelque chose* ». Il précise par ailleurs qu'il faut « *édicter des recommandations, des préconisations, des incitations pour le « top management » sur les conditions favorisantes à la réussite, plus que de faire des lois* ». Plus que l'aspect réglementaire, il considère qu'il faut que « *les gens apprennent à se connaître, à se respecter, à se faire confiance* ».

Concernant la responsabilité de la qualité des soins, il est convaincu qu'il n'y a pas qu'un responsable, que c'est le président de CME et les directeurs des soins « *plus qu'autre chose (les textes)* ». Il y a aussi le directeur général, le directeur de la qualité : « *ce n'est pas un problème médical, ce n'est pas un problème soignant, c'est un problème d'équipe* ». Pour lui, le sujet de la qualité des soins reste trop technocratique et qu'il n'y a pas suffisamment de retours d'expériences. Il pense par ailleurs, que la qualité des soins n'est pas une « *affaire* » de directeurs mais de soignants. Il considère que l'on cherche la conformité mais que l'on ne recherche pas suffisamment le sens donné à cette conformité et que c'est pour cette raison que la politique qualité ne fait pas sens aux équipes soignantes : « *pourquoi tracer la douleur trois fois par jour à un patient qui rentre pour un changement de schéma d'insuline ?* ».

Il conclut l'entretien en insistant sur la nécessité d'une relation plus étroite et mieux coordonnée entre lui et le directeur des soins et dit que c'est un enjeu important pour les établissements ; chacun dans son rôle mais en complémentarité.

### Conclusion

L'organisation des pôles et des instances est quelque peu atypique dans l'établissement. Les indicateurs suivis à travers des tableaux de bord sont estimés comme trop standardisés, ne permettant pas le pilotage des pôles. Ils contribuent à une analyse quantitative mais le président de CME regrette qu'ils n'incitent pas les acteurs des pôles à se les approprier ou à proposer des indicateurs complémentaires donnant plus de sens à la pratique soignante.

Le manque de travail en commun ainsi que de temps de rencontres en duo entre le président de CME et le directeur des soins 2 sont jugés comme péjoratifs. Le

questionnement sur la qualification du directeur des soins par le terme « directeur » interpelle sur la symbolique que cela peut représenter et probablement sur l'impact vis-à-vis des relations qui en découlent. Les réformes hospitalières ne semblent pas avoir d'impact sur les relations entre le président de CME et le directeur des soins.

Concernant le sujet de la qualité des soins, le président de CME estime qu'il s'agit d'une responsabilité collective.

#### B) Le président de CME 2 :

Il précise qu'il est praticien hospitalier anesthésiste réanimateur depuis 1989 et président de CME depuis 2007. C'est son troisième mandat car il y a eu une période durant laquelle il a dû se présenter à nouveau, faute de candidat.

L'entretien s'est déroulé de manière moins structurée dans les questionnements qu'avec le président de CME 1. Très rapidement, à l'évocation du sujet, le président de CME 2 s'est trouvé très prolix, sans toutefois s'écarter du sujet. De nombreux détails et exemples ont alimenté ses propos.

Concernant le pilotage médico-soignant des pôles, il parle d'un trio de pôle, composé d'un chef de pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un directeur référent de pôle. Il précise que le niveau d'investissement de chacun est différent d'un pôle à l'autre. Il regrette que parfois le pilotage des pôles ne soit assuré que par les cadres supérieurs : « *parfois, c'est le seul cadre sup. qui gère l'interface avec l'institution. Certains ont pris la main sur l'organisation du pôle* ». Il pense que le pilotage des pôles ne doit pas se faire au détour de rencontres très formelles et formalisées, mêmes si elles sont nécessaires. Pour lui, le travail de « *concertation* » doit se faire « *au fil de l'eau, pôle par pôle, en se déplaçant dans les pôles* ». Les éléments de gestion sont communiqués par les directions fonctionnelles, par voie descendante et qu'elles mettent leurs indicateurs et leurs tableaux de bord à disposition : « *très peu de chefs de pôle les complètent, les critiquent* ». Les indicateurs sont essentiellement quantitatifs, même si l'on essaie de promouvoir les indicateurs qualitatifs mais peu de pôles se les approprient selon lui. « *On a essayé de mettre des indicateurs sentinelles en place dans les pôles mais cela ne fonctionne pas bien* ». Les contrats de pôles sont standardisés, il n'y a pas d'indicateurs personnalisés.

Concernant les relations entre le directeur des soins et la communauté médicale, il les considère comme bonnes et que le directeur des soins fait son travail à « *son corps défendant car c'est un soignant* ». Il précise par ailleurs qu'il ne dit jamais le fond de sa pensée, estimant que cela peut ne pas servir l'intérêt des autres ou de l'institution : « *on n'est plus avec des présidents de CME qui défendent leur boutique, même si c'est naturel,*

*je ne dis pas qu'ils le faisaient avec des mauvaises intentions. J'ai connu d'autres présidents de CME qui basaient leurs activités, leur communication sur leurs propres idéologies, stratégies personnelles, alors que l'on est obligé de s'en détacher, à mon avis* ». Il renforce l'idée de collaboration avec le directeur des soins en insistant sur le « *travail collectif* » qui aide à la décision et qui fait qu'il est intégré à l'équipe de direction. Il dit qu'il « *partage la philosophie de cette équipe car personne ne prend d'initiatives personnelles importantes* » et précise par ailleurs que sa représentation transversale dans l'établissement lui confère une fonction « *entre guillemets, de directeur adjoint représentant la communauté médicale* », en assurant des fonctions de management. Il estime par ailleurs que la coordination doit être courte et réactive car il faut parfois décider très vite : « *on n'est plus dans une époque où les arbitrages, les décisions se prennent à travers des réunions programmées sur des semaines* ». Il revient sur l'historique de la présidence de CME et précise « *historiquement, les présidents de CME étaient le contre-pouvoir du directeur. Maintenant, il s'agit plutôt d'un co-pouvoir, alors, le rapport de confiance est indispensable ; confiance qui se mérite, se fabrique, se gagne* ». Pour lui, le directeur des soins est reconnu comme ayant une bonne connaissance « *au moins théorique* » des soins et que cela lui donne de la légitimité. Il considère que c'est indispensable.

|   |   |
|---|---|
| <b>Trois termes définissant sa relation avec le directeur des soins</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proximité mais pas complicité</li> <li>• Réactivité et disponibilité</li> <li>• Confiance et respect courtois</li> </ul>   |
| <b>Les leviers pour une relation efficace</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De bonnes relations à construire</li> <li>• Des rencontres individuelles</li> <li>• Le respect du travail de l'autre</li> </ul>  |
| <b>Les freins à une relation efficace</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un directeur des soins directif, brutal vis-à-vis de l'institution</li> <li>• Dévaloriser le travail des autres</li> <li>• Se considérer comme expert dans tout</li> </ul> |
| <b>Les qualités nécessaires au directeur des soins pour travailler avec le président de CME</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être communicant</li> <li>• Respecter le travail de l'autre</li> </ul>   |
| <b>Sujets de sollicitations du directeur des soins</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De tout type, en fonction des besoins</li> </ul>   |

Concernant les réformes hospitalières et la responsabilité relative à la qualité des soins, il pense que les relations ont été modifiées avec le directeur général mais que « *ce n'est pas si flagrant que cela avec le directeur des soins* ». En effet, le directeur des soins a toujours été associé aux décisions : « *la loi nous l'impose mais de toute façon, le directeur général est très attaché à l'avis du directeur des soins, qu'il considère comme un vrai directeur adjoint, un vrai partenaire, quelqu'un à qui il confie des missions, pose des questions, dont il va attendre de l'expertise et qui va trouver des solutions* ». Il précise que les textes assurent le côté normatif mais que d'un établissement à l'autre cela reste « *une question de personnes* » et considère « *qu'un même directeur des soins et un même président de*

*CME dans un autre environnement de travail n'auront pas nécessairement les mêmes résultats, ni les mêmes relations de travail, indépendamment des textes ».*

Concernant la responsabilité vis-à-vis de la qualité des soins, il estime que c'est une très bonne question, que la responsabilité est partagée entre les soignants et les médecins qui doivent avoir un leadership sur le sujet et promouvoir la qualité des soins. Il insiste sur le fait que « *dans les textes, c'est le président de CME mais tous les médecins doivent être impliqués* ». La responsabilité est partagée : directeur général, président de CME, médecins, directeur des soins et les équipes soignantes.

#### Conclusion :

Le pilotage des pôles à l'aide d'indicateurs de suivi et de réunions structurées ne semble pas suffire à donner du sens aux différents acteurs. Cela se traduit donc par la nécessité d'aller à leur rencontre, dans la proximité, en vue de créer un climat de travail au plus près des besoins de équipes, sans pour autant se substituer à ce qui relève des responsabilités de chacun.

La relation avec le directeur des soins 1 est structurée, planifiée mais le temps et la confiance entre les protagonistes ont permis de laisser la place à plus d'informel par des interpellations au cours de réunions ou même par Short Message System (SMS). Le président de CME reconnaît des qualités professionnelles au directeur des soins et le considère légitime dans l'équipe de direction.

Les réformes hospitalières ne semblent pas avoir modifié les relations avec le directeur des soins qui sont plutôt impactées par la politique du directeur général en matière de reconnaissance sur la place des directeurs dans les décisions institutionnelles.

Concernant la qualité des soins, le président de CME estime que les médecins ont un rôle majeur et doivent en être promoteurs auprès des équipes.

#### **4.2.2 Les chefs de pôle**

##### A) Le chef de pôle 1 :

Sa présentation fût la plus brève, dans un contexte de durée d'entretien de vingt-deux minutes. Il est praticien hospitalier depuis 1995 en gynécologie-obstétrique et chef de pôle depuis 2010

Concernant le pilotage médico-soignant des pôles, il indique qu'il y a des indicateurs et des tableaux de bord à disposition des pôles mais qu'il est « *incapable de donner une réponse comme cela. On a des chiffres que l'on étudie tous les trois à quatre mois mais de tête, vous dire tel indicateur...Un terme précis, je suis nul, moi...* ». Il estime que la fréquence de suivi des indicateurs est trop rapprochée car en matière de santé il n'est pas possible

de tout diriger. Après réflexion, il précise que le pôle a à sa disposition « des indicateurs d'activité, de personnel, d'absentéisme et tout cela est très très large. On regarde ça avec celle qui s'occupe de la gestion du pôle. Je ne peux pas être précis parce que ce n'est pas ma passion, les chiffres. Il faudrait que j'aie le diaporama devant les yeux car j'en oublie (des indicateurs) ». Les réunions trimestrielles de pôle sont considérées comme utiles mais il pense que la mise en œuvre d'actions ou de mesures correctrices sont complexes.

Concernant les relations entre le directeur des soins et la communauté médicale, il dit connaître le directeur des soins mais précise « *sincèrement, il travaille plus avec la cadre sup. qu'avec moi. Si j'ai des choses à lui dire, ce n'est pas que je ne les dirai pas mais le rapport direct c'est la cadre supérieure et puis les cadres. Parce que la hiérarchie, c'est la hiérarchie normale quoi !* ». Il ne cerne pas bien ce qu'il peut attendre du directeur des soins, considérant qu'il n'est pas concerné s'il manque par exemple une infirmière la nuit ou s'il y a des réorganisations à prévoir. Il précise par ailleurs qu'il y a « *aussi des chefs de services* ». Il rencontre le directeur des soins dans un contexte quasi exclusivement institutionnel, lors des bureaux de pôle trimestriels et dit le « *croiser* » à la CME mais précise que l' « *on ne parle pas forcément des soins* ». Aucun temps de rencontre n'est planifié avec le directeur des soins : « *je n'ai pas dans mon agenda des temps de rencontre avec lui* ».

|   |   |
|---|---|
| <b>Trois termes définissant sa relation avec le directeur des soins</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pragmatique</li> <li>• Cordiale</li> <li>• Efficace</li> </ul>                                   |
| <b>Les leviers pour une relation efficace</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Logique directeur des soins / cadres</li> <li>• Issu des soins</li> </ul>                        |
| <b>Les freins à une relation efficace</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une vision égocentrique des médecins</li> <li>• Vouloir obtenir tout ce que l'on veut</li> </ul> |
| <b>Les qualités nécessaires au directeur des soins pour travailler avec le président de CME</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aptitude au dialogue</li> <li>• Écoute</li> <li>• Proximité avec les équipes</li> </ul>          |
| <b>Sujets de sollicitations du directeur des soins</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu fréquent, les créations de postes par exemple</li> </ul>                                     |

Concernant les réformes hospitalières et la responsabilité relative à la qualité des soins, il estime que les réformes n'ont pas modifié les relations avec le directeur des soins et a l'impression que les pôles ont finalement toujours existé. Il admet que sa présence au directoire « *c'est important, ah oui ! c'est important. Je pense qu'il y a sa place. Après cela dépend un peu de la personnalité de chacun... Non, c'est important* ». Concernant la responsabilité de la qualité des soins, il considère que c'est une bonne question et pense que les chefs de service doivent l'être mais s'interroge sur le niveau de responsabilité du directeur des soins : « *...après, est-ce que le directeur des soins est responsable de la*



*qualité des soins ou est-ce que c'est directement le directeur général ? Le président de CME, non... Le directeur des soins, sûrement, mais quel est son domaine de responsabilité ? Comment peut-elle être engagée ? Je ne sais pas moi, je ne sais pas... ».*

#### Conclusion :

Le pilotage du pôle à travers des indicateurs de suivi semble relever plus de la priorité du cadre supérieur de santé ou de l'assistant de gestion du pôle. Le chef de pôle estime qu'il est difficile d'agir sur les situations rencontrées en matière de santé.

Concernant sa relation avec le directeur des soins 2, il l'estime cordiale mais n'en voit pas l'utilité, considérant que si l'on se réfère à la notion de hiérarchie, c'est au cadre supérieur du pôle de travailler avec lui. Le chef de pôle travaillera plus aisément avec le président de CME 1 et ses confrères.

Selon lui, les réformes hospitalières n'impactent pas les relations avec le directeur des soins mais considère toutefois sa présence au directoire comme importante.

Concernant la responsabilité vis-à-vis de la qualité des soins, il pense que le président de CME n'est pas impliqué, contrairement au chef de service et au directeur des soins, sans pouvoir toutefois définir précisément le niveau de responsabilité de chacun.

#### B) Le chef de pôle 2 :

Lors de sa présentation, il ne se souvient plus depuis combien de temps il est chef de pôle et hésite entre 5 et 7 ans. Pour ce qui est relatif à la présentation de son parcours professionnel, il dit être praticien hospitalier temps plein depuis toujours et avoir exercé en qualité de médecin urgentiste, gériatre et de médecine polyvalente.

Concernant le pilotage médico-soignant des pôles, il précise qu'il y a un cadre de pôle ainsi que des cadres de proximité pour assurer cette mission. Il précise que le pôle a été reconfiguré en décembre 2016 mais que le fichier structure n'est toujours pas actualisé, ce qui ne permet pas d'avoir des indicateurs ad-hoc. Il considère qu'il y a peu de pilotage médico-économique : « *on est dans le flou* ». Des tableaux de bord sont mis à disposition mensuellement et contiennent le nombre d'entrées, la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation « *et c'est tout ! On n'a finalement pas grand-chose d'institutionnalisés* ». Lorsqu'il souhaite d'autres éléments de suivi, il les demande à son secrétariat qui s'est constitué une base de données.

Concernant les relations entre le directeur des soins et la communauté médicale, il précise que la particularité est que le directeur des soins se situe à trente-cinq kilomètres, au sein

de l'établissement support du GHT et regrette qu'il ne soit pas très présent sur le site. Il indique toutefois qu'il y a un représentant de la direction des soins dans l'établissement mais dit ne pas savoir quel est son « titre ». Il connaît toutefois ses missions : « *s'occuper des soins infirmiers et chapeauter les cadres de pôles, lesquels chapeautent également les cadres de proximité* ». Pour lui, ce fonctionnement est très lourd, très compliqué et manque de simplicité. Il estime que « *c'est un mille-feuilles de responsabilités administratives : les cadres de proximité en réfèrent au cadre de pôle, qui en réfère au représentant de la direction, qui en réfère au directeur des soins. Cela donne peu de pouvoir aux cadres de proximité* ». Il aimerait que le dispositif soit simplifié pour que le niveau d'information des professionnels soit le même et que le message ne soit pas « déformé ». Concernant les missions du directeur des soins, il estime qu'il est chargé de la coordination des soins, de mettre à disposition des professionnels adaptés aux poste, en qualification et en effectifs et doit être vigilant sur les affectations de cadres de santé. Il revient sur le sujet du cadre supérieur de pôle en précisant : « *nous, entre médecins, on n'a jamais trop compris à quoi servait le cadre de pôle* ». Il regrette aussi ne pas connaître les missions des directeurs « déportés » sur l'établissement principal et dit ne pas savoir à qui s'adresser. Il considère qu'une simple demande peut devenir très complexe car le directeur des soins souhaite uniformiser les procédures. À titre d'exemple, il cite une demande de chariot d'urgence qui a pris plusieurs mois car il a fallu rédiger une procédure de vérification qui convienne à tout le GHT et qui soit validée par la direction de la qualité ou plutôt par une multitude de professionnels : « *par le cadre de pôle, par le directeur des soins, par la cellule qualité... par... par... par... par... et cela crée de l'inertie* ».

Il convient de noter qu'à l'évocation du sujet relatif au directeur des soins, et ceci durant vingt-cinq minutes, le chef de pôle utilise le mot « *compliqué* » à seize reprises.

Il précise par ailleurs rencontrer régulièrement le directeur général (tous les mois environ) mais regrette l'absence du directeur des soins.

|   |   |
|---|---|
| <b>Trois termes définissant sa relation avec le directeur des soins</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distant</li> <li>• Compétent</li> <li>• Autoritaire</li> </ul>   |
| <b>Les leviers pour une relation efficace</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des réunions institutionnalisées avec le directeur des soins</li> </ul>  |
| <b>Les freins à une relation efficace</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un organigramme de la direction trop compliqué</li> <li>• L'éloignement géographique</li> <li>• La présence de cadres de pôles</li> <li>• Les restructurations dans un contexte financier contraint</li> </ul> |
| <b>Les qualités nécessaires au directeur des soins pour travailler avec le président de CME</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître les conditions du terrain : activité, charge de travail</li> <li>• Écoute des demandes des chefs de pôles et des cadres des services</li> </ul>  |

|   |   |
|---|---|
| Sujets de sollicitations du directeur des soins | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des ressources humaines</li> <li>• Qualification des ressources humaines</li> <li>• Formation des professionnels pour une meilleure adaptation à l'emploi</li> <li>• Sécurisation du dossier de soins</li> </ul> |
|---|---|

Concernant les réformes hospitalières et la responsabilité relative à la qualité des soins, il estime qu'avant la mise en place de pôles, il voyait plus souvent le directeur des soins. Il pense par ailleurs que la mise en place des GHT va éloigner les centres de décisions du « terrain ». Concernant la responsabilité de la qualité des soins, il clame qu'elle incombe au chef de pôle et au chef de service : « *il n'y a pas de souci là-dessus ! ils seront mis en cause en cas de problème* ».

#### Conclusion :

Concernant le pilotage des pôles, il semble que peu d'indicateurs sont mis à disposition et qu'une réorganisation récente du pôle relevant de sa responsabilité impacte la mise à disposition de tableaux de bord. Le pilotage médico-soignant ne semble pas être une priorité, contrairement à la gestion de proximité, à travers le travail des cadres de santé. Le chef de pôle s'interroge sur la place et le rôle des cadres supérieurs de santé à plusieurs reprises. Il estime que cela complexifie le dispositif et rallonge les circuits décisionnels. Ses relations avec le directeur des soins sont quasi-inexistantes et il trouve cela regrettable. Il lui reconnaît toutefois des compétences professionnelles mais la distance entre l'établissement support et son lieu d'exercice rend plus opaque l'activité du directeur des soins. L'organisation en pôle et la mise en place des GHT ont influencé défavorablement ces relations.

En matière de qualité des soins, nul doute pour ce chef de pôle qu'elle incombe au corps médical.

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

##### A) Le coordonnateur général des soins 1 :

Il est directeur des soins depuis treize ans. Il précise son expérience professionnelle variée en qualité d'infirmier à la fois dans des centres hospitaliers de proximité mais aussi en centres hospitaliers universitaires.

Concernant le pilotage médico-soignant des pôles, il décrit une organisation qu'il considère « classique » : un chef de pôle, un cadre supérieur de santé et un directeur référent. Il précise que le pilotage des pôles est très variable, en fonction de la dynamique existante : conseils de pôle, rencontres institutionnalisées du trio de pôle, etc.... Il précise toutefois

que cela n'est pas nécessairement péjoratif lorsque ces organisations ne sont pas mises en place dans certains pôles : « *des chefs de service font vivre une dynamique de service avec le cadre de santé et ses équipes au niveau du projet de service* ». Il estime nécessaire de revoir le contenu des contrats de pôles en lien avec le nouveau projet d'établissement 2018-2022. Des contrats d'objectifs et de moyens sont signés entre le directeur général et les chefs de service ou chefs de pôles, selon la nature du projet, et sont soumis à des suivis d'activité. Des tableaux de bord sont mis à disposition des pôles pour leur pilotage. Ils sont centrés sur l'activité (actes, journées, durée moyenne de séjour), les recettes ou bien les dépenses en personnel. Les indicateurs fournis peuvent être complétés en fonction des demandes provenant des pôles. Des réunions mensuelles en présence du directeur général, du département d'information médicale, du directeur des affaires médicales et du directeur des soins permettent une revue des résultats relatifs à l'activité et au suivi des courbes relatives au budget (comparées au budget prévisionnel). L'échelle de l'analyse est celle de l'établissement dans son ensemble et celle des pôles. Les indicateurs qualité ne sont pas suivis lors de ces temps de rencontre car pilotés par la direction de la qualité qui organise ses comités de suivi. Il précise que les indicateurs fournis sont de nature quantitative « *dans leur présentation mais qu'une analyse qualitative est ensuite réalisée notamment lors de résultats d'audits, par exemple sur l'utilisation des solutions hydro-alcooliques et le port de bijoux* ».

Concernant les relations entre le directeur des soins et la communauté médicale, il dit s'être très clairement positionné sur « *on travaille ensemble. On essaie d'être dans la coordination, la collaboration, la co-responsabilité, la « co » tout ce que vous voulez. En tout cas, cela me plaît bien le « co ». Je pense qu'en aucun cas il faut que l'on travaille les uns contre les autres mais que l'on soit bien sur une construction mutuelle* ». Il ajoute qu'il n'y a pas de projet médical sans projet paramédical et qu'il s'agit de travailler ensemble pour apporter « *la réponse la plus efficiente possible mais surtout la réponse qui donnera le plus de satisfaction à l'utilisateur, au bout du compte* ». Il convient que cette collaboration est aussi une histoire d'hommes : « *on compose aussi avec les gens que l'on a en face et eux composent avec moi aussi* ». Il a institué avec le président de CME des rencontres hebdomadaires qui se déroulent dans son bureau, sans ordre du jour pré-établi et sans compte-rendu. Même s'il arrive qu'il y ait peu de sujets à évoquer, ces rendez-vous sont maintenus, les considérant comme « *symboliquement extrêmement importantes* ». Il est par ailleurs convaincu de la nécessité de rencontrer les équipes médicales des pôles pour leur présenter les projets, avoir leur ressenti : « *travailler le plus possible avec eux. Après, il y a des histoires de personnalité mais c'est comme partout, aussi bien chez les médicaux que chez les paramédicaux d'ailleurs* ». A titre d'exemple, il cite la mise en place du chemin clinique dans l'établissement. Sa stratégie a été d'informer et de former dans un premier temps les paramédicaux sur le sujet. Il n'a pas souhaité intégrer le corps médical à la

réflexion de départ, considérant que chaque cadre d'unité solliciterait son chef de service sur le sujet. Seul le président de CME a été impliqué. Le travail a donc débuté sans l'implication des médecins pour « *éviter que tout le monde ne parte de zéro* » et pour permettre l'acculturation des soignants. Aujourd'hui, le comité de pilotage, porté par deux cadres de santé, a intégré deux médecins volontaires qui pourront apporter un éclairage sur le sujet en CME : « *c'est important que cela soit des professionnels médicaux qui parlent à leurs pairs* ». Il considère que cette stratégie est l'essence même du métier de directeur des soins « *quelle stratégie j'adopte à ce moment-là, dans cet établissement, avec les personnes que j'ai là !* ».

|   |  |
|---|--|
| <b>Trois termes définissant sa relation avec le président de CME</b>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration</li> <li>• Co-construction</li> <li>• Co-responsabilité et complémentarité</li> </ul>   |
| <b>Les leviers pour une relation efficace</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des rencontres institutionnalisées avec le président de CME</li> <li>• Participer aux réflexions avec le président de CME lors du directoire ou des différentes instances</li> </ul>                                  |
| <b>Les freins à une relation efficace</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les souhaits d'allégeance les uns sur les autres</li> <li>• Le positionnement du directeur des soins vis-à-vis du corps médical</li> <li>• Ne pas savoir se remettre en cause</li> <li>• Donner des leçons</li> </ul> |
| <b>Les qualités nécessaires au directeur des soins pour travailler avec le président de CME</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité d'écoute</li> <li>• Capacité à négocier et à argumenter</li> </ul>   |
| <b>Sujets de sollicitations du président de CME et des médecins</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réorganisations de services, événements indésirables</li> <li>• Affectation d'un cadre de santé</li> </ul>  |

Concernant les réformes hospitalières et la responsabilité relative à la qualité des soins, il estime que le dialogue s'est renforcé au gré des réformes et le ressent particulièrement concernant la mise en œuvre des GHT. Il considère que c'est une opportunité de travail avec les présidents de CME et les équipes médicales, la priorité étant « *de nous recentrer au niveau de notre cœur de métier qui est le soin* ». Pour lui, le personnel médical et paramédical est responsable de la qualité des soins mais avant tout ce sont le président de CME et le président de la CSIRMT.

#### Conclusion :

Le pilotage médico-soignant des pôles est structuré à travers la mise à disposition de tableaux de bord et indicateurs de suivi. Il n'en demeure pas moins que la proximité avec les tris de pôles et les équipes permettent de leur donner du sens et favorisent la mise en œuvre des projets.

Sa relation avec le président de CME 2 est favorable à la collaboration et montre une volonté au travail institutionnel partagé et affiché. Il en est de même avec la communauté médicale, même si les rencontres sont beaucoup moins formalisées et donc plus aléatoires. Le directeur des soins considère que les réformes hospitalières impactent favorablement les relations entre le directeur des soins, le président de CME et la communauté médicale. Concernant la responsabilité relative à la qualité des soins, il estime qu'elle est interprofessionnelle.

B) Le coordonnateur général des soins 2 :

Il est directeur des soins depuis 1996 et précise avoir toujours occupé des postes de coordonnateur général des soins. Il a travaillé exclusivement en centres hospitaliers et est arrivé en 2010 dans son établissement actuel. L'entretien a duré trente minutes.

Concernant le pilotage médico-soignant des pôles, il décrit une organisation basée sur un trio de pôle, composé d'un chef de pôle, un cadre supérieur de santé et un assistant de gestion. Le directeur référent est le directeur de site pour tous les pôles. Des contrats de pôles sont formalisés par écrit permettant de s'assurer de leur réalisation et d'accompagner les pôles vers l'atteinte des objectifs. Il souligne la dichotomie entre les contraintes budgétaires et le pilotage des pôles avec des attentes parfois différentes « *des uns et des autres* ». Des tableaux de bord sont mis à disposition mais il considère qu'ils sont fortement perfectibles en termes de réactivité et de continuité dans le fonctionnement. Ces indicateurs sont centrés sur la fonction ressources humaines (absentéisme, bases d'effectifs), la fonction médico-économique en collaboration avec les affaires financières et proviennent également de la direction des soins (charge en soins évaluée par les Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée). Il précise qu'il faut « *faire attention à ne pas noyer les personnes sous un ensemble de données mais leur donner du sens : peu de critères mais réellement suivis* ». Pour cela, il pense nécessaire qu'une complémentarité entre le trio de pôle et les directions fonctionnelles s'opère afin de faire « *vivre* » ces indicateurs, essentiellement de nature quantitative : « *le gros du travail serait d'arriver à développer davantage d'indicateurs qualitatifs* ». Il cite un exemple sur le volet de l'absentéisme en précisant qu'un chiffre brut d'absentéisme ne signifie rien et qu'il faut plutôt s'intéresser à une multitude de micro-arrêts maladie qu'à l'arrêt maladie d'un agent avant congé maternité. C'est ce qu'il appelle le « *travail de la vraie vie* ».

Concernant les relations entre le directeur des soins et la communauté médicale, il considère que le président de CME élabore le projet médical de l'établissement et en assure le pilotage médico-économique avec la direction. Cela donne une ligne directrice sur le

fonctionnement de la communauté médicale et donne du sens à ce pilotage. Il estime qu'il existe parfois un parasitage entre le président de CME et les chefs de pôles dans le pilotage des pôles : « *ce sont de vraies interrogations* ». Le rôle du président de CME est selon lui stratégique et politique, le chef de pôle étant plus dans une dimension opérationnelle et de gestion du pôle. Les chefs de services, quant à eux, ont un rôle d'animation des équipes médicales et des équipes soignantes en lien avec le cadre de l'unité. Il fait remarquer que les responsables médicaux manquent de formation relative au management et pense que « *c'est loin d'être inné chez les médecins car ce n'est pas dans leur cursus de formation* ». Concernant sa relation avec le président de CME, il considère que l'histoire de l'établissement induit cette relation et qu'il est important d'être au clair sur les attentes respectives de l'un vis-à-vis de l'autre et de définir comment est-il possible de travailler ensemble. Il appuie son propos en précisant : « *Lorsque je suis arrivé dans l'établissement, je l'ai rencontré (le président de CME), bien entendu, et on avait convenu ensemble que cela serait bien que l'on puisse se voir régulièrement. Malheureusement, cela n'a pas tenu très longtemps, de par les aléas de calendriers* ». La relation président de CME/directeur des soins est personne-dépendante « *j'en suis intimement persuadé* ».

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Trois termes définissant sa relation avec le président de CME*</b></p> <p>* Précise que ces termes sont tels qu'il les conçoit mais que cela ne se passe pas comme cela dans l'établissement</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Politique médico-soignante</li> <li>• Démarche qualité</li> <li>• Projet médico-soignant</li> </ul>   |
| <p><b>Les leviers pour une relation efficace</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se connaître pour mieux se reconnaître</li> <li>• Comprendre les attentes et les besoins respectifs</li> <li>• Travailler sur des projets communs (sous le prisme de la qualité des soins, des pratiques avancées, de la synchronisation des temps médicaux et non médicaux etc....)</li> </ul> |
| <p><b>Les freins à une relation efficace</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de volonté à travailler ensemble</li> <li>• Ne pas partager de projets communs</li> <li>• Manquer de complémentarité</li> </ul>  |
| <p><b>Les qualités nécessaires au directeur des soins pour travailler avec le président de CME</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité d'écoute</li> <li>• Capacité de persuasion</li> <li>• Capacité à entendre les attentes et faire comprendre les siennes dans une logique gagnant-gagnant</li> </ul>   |
| <p><b>Sujets de sollicitations du président de CME et des médecins</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le cadre de la démarche qualité en présence du directeur de la qualité</li> </ul>  |

Concernant les réformes hospitalières et la responsabilité relative à la qualité des soins, il pense que la notion de directoire est sensée faciliter une communication beaucoup plus directe entre le directeur général, le président de CME et le directeur des soins. Il indique que son expérience actuelle montre que le directoire n'existe pas car il est remplacé par des « *bureaux de CME/Direction élargis avec une représentativité de l'ensemble de l'équipe* ».

*de direction, des chefs de pôles et quelques médecins « étiquetés directoire », ce qui n'est pas du tout efficace ». Selon lui, cette organisation locale freine la communication directe et positionne la direction des soins « un peu en parallèle ». Concernant les réformes liées à la Loi de modernisation de notre système de santé, il estime que le projet médico-soignant devrait évoluer vers un projet « médico-soignant-économique ». Sur le sujet de la responsabilité vis-à-vis de la qualité des soins, il considère qu'il n'y a pas un unique responsable mais qu'il y a plusieurs acteurs : le directeur de la qualité, le président de CME et le directeur des soins : « L'évolution des textes, que je partage, donne un rôle primordial au président de CME. On en revient donc sur cette nécessaire complémentarité avec le directeur des soins ; le directeur de la qualité étant là pour apporter une expertise technique, dans une démarche normative. Cela fonctionne si l'on est sur une réelle complémentarité médico-soignante. Actuellement, on est sur des systèmes parallèles, ce qui peut créer des incompréhensions, voire des suspicions sur des démarches à mettre en place ». Au-delà de l'importance des textes, il insiste sur le fait qu'il faut donner du sens aux différentes démarches entreprises. Le président de CME a pour lui un rôle de guidance des médecins, chefs de pôles et chefs de service. Le directeur des soins, quant à lui, assure ce même rôle auprès des cadres supérieurs de santé, des cadres et des professionnels. Pour autant, il insiste sur les interactions quotidiennes entre les acteurs et fait remarquer qu'il n'y a pas d'un côté le parcours médical et de l'autre le parcours soignant du patient. Il termine son propos en conseillant d'échanger avec le président de CME lors d'une prise de poste sur « nos attentes respectives ; même s'il y a l'affichage et la concrétisation ».*

#### Conclusion :

La mise à disposition de tableaux de bord et indicateurs reste très protocolaire dans un contexte de bureaux de pôles trimestriels. Elle ne permet pas un pilotage donnant du sens aux professionnels, ce qu'il trouve regrettable. La traduction de ces indicateurs très quantitatifs en indicateurs qualitatifs lui semble nécessaire pour se rapprocher de ce qu'il appelle « la vraie vie », sous-entendu l'activité de terrain, qui sensibilise plus les professionnels de proximité à leurs priorités.

Sa relation avec le président de CME 1 se fait à travers les instances institutionnelles mais il n'y a pas de temps dédié à des rencontres individuelles. Il considère que l'histoire des établissements, dans leur mode de fonctionnement, conditionne les relations. Il estime par ailleurs que ces dernières sont liées à la fois aux personnes, en particulier à leur personnalité.

Concernant l'impact des réformes hospitalières sur les relations entre le directeur des soins, le président de CME et la communauté médicale, il estime qu'il est fort, facilitant la communication directe. Pour autant l'organisation locale ne favorise pas les échanges,



compte-tenu de la mise en place d'instances élargies. En matière de qualité des soins, il rappelle que l'évolution des textes donne un rôle primordial au président de CME mais que seule la complémentarité des différents acteurs permet un travail collaboratif.

C) Le directeur des soins 3 :

Il a été faisant fonction de directeur des soins dès 1991 puis sort de formation en 1995. Son parcours professionnel se décline sur des responsabilités en centres hospitaliers d'une capacité de 500 lits ou en Centres Hospitaliers Universitaires pouvant aller jusqu'à 2700 lits et places. Il ne travaille actuellement plus en établissement de santé. Il évoquera le dernier établissement dans lequel il a travaillé au cours de l'entretien (un CHU d'une capacité de 1800 lits et places).

Concernant le pilotage médico-soignant des pôles, il précise, avant de s'appuyer sur sa dernière expérience professionnelle, que la précédente a vu la mise en place de l'organisation polaire. La réflexion a été menée conjointement avec le président de CME qui était alors d'accord pour que le directeur des soins associe les membres de la CSIRMT à la définition des contours des pôles. Il précise qu'en fait, les propositions n'ont pas été suivies pour certains pôles mais qu'elles l'ont été cinq ans plus tard lors de nouvelles configurations. À son arrivée en 2007 dans le dernier établissement où il a exercé, les contours des pôles étaient déjà définis mais la délégation n'était pas importante, dans un contexte de début de déficit. Le directeur général disait alors « *ne faisons pas rêver les pôles en disant « on vous délègue » et en bout de course on risque de vous reprendre* ». Concernant les principaux outils de pilotage, il s'agissait du suivi de la masse salariale et des mensualités de remplacement considérés comme « *la priorité des priorités* ». Des tableaux de bord d'activité étaient par ailleurs disponibles et gérés par des attachés d'administration hospitalière (AAH). Les indicateurs de gestion des ressources humaines présentaient les effectifs affectés, rémunérés, le taux d'absentéisme et le taux de compensation. Ces indicateurs servaient de base de discussion même s'il note une difficulté des différents acteurs à ne pas douter des données produites. Les tableaux de bord étaient discutés au cours de réunions mensuelles entre le cadre supérieur de pôle, l'AAH du pôle, le directeur d'hôpital référent et le directeur des soins référent du pôle. Les discussions étaient détaillées.

Concernant les relations entre le directeur des soins et la communauté médicale, il indique que son principal interlocuteur, avec le directeur général est le président de CME. Il estime que c'est un acteur important dans sa collaboration quotidienne et qu'il a passé plus de temps avec le président de CME qu'avec le directeur général en réunions en « *tête à tête* »,

précisant qu'il pourrait le mesurer jusqu'à cinq fois plus de temps. Pour lui, lors de son arrivée dans un établissement, l'approche choisie pour entrer en relation avec le président de CME est essentielle : « *De mon point de vue, cela se devance : je ne viens pas le voir lorsque je suis déjà dans l'établissement mais je viens le voir avant* ». Il considère par ailleurs que ce qu'il y a de commun entre le président de CME et le directeur des soins, est tout ce qui contribue à la qualité de la réponse attendue par le patient : « *comment, ensemble, on peut influencer une adaptation des organisations pour une meilleure prise en charge (du patient). On est ainsi sur des champs où l'on va se comprendre, sur lesquels on trouve des modes opératoires que l'on est en capacité d'accepter l'un et l'autre* ». Par son expérience professionnelle, il est convaincu que les médecins ainsi que le président de CME attendent que la qualité des soins soit abordée de manière concrète et non à travers des procédures : « *ce qui agace un président de CME, c'est un directeur des soins qui est dans la procédure, pour la procédure. Ça, il ne le supporte pas !* ». Les facteurs favorisant le travail entre les deux protagonistes sont basés sur la collaboration qui doit être régulière et efficace : « *on apprend à marcher ensemble et à définir ce sur quoi on a des objectifs partagés. Pour cela, on a des temps dédiés auxquels on se tient mais pas dans le bureau du directeur des soins, ça, je n'y crois pas. Il faut que cela soit dans le bureau du président de CME* ». Pour ce qui concerne les chefs de pôles et les responsables d'unités, il considère qu'il ne s'agit pas de leur dire comment agir mais de travailler avec eux à la déclinaison des projets et à leur accompagnement : « *La vraie vie dans un hôpital, c'est au cœur des unités que cela se passe. C'est là qu'il faut que l'on agisse au quotidien. Il ne faut pas que l'on oublie que dans les organisations polaires, il y a des unités et des responsables d'unités* ». La culture commune du soin « transpire » selon lui dans tout ce que l'on travaille avec le corps médical : « *il faut qu'ils (les médecins) se rendent compte que l'on sait de quoi l'on parle, que l'on connaît, même si l'on n'est pas expert en tout. On rencontre des interlocuteurs qui ont l'expertise nécessaire. C'est toutefois beaucoup plus facile si l'on a diversifié son expérience professionnelle* ». Il conclut en indiquant que le positionnement du directeur des soins avec la communauté médicale est essentiel et insiste sur le fait que l'absence de collaboration peut freiner les projets. Pour cela, il estime qu'il est important d'aller vers eux considérant que « *ce n'est pas à eux de venir vers nous. Il faut aller très vite vers eux ; c'est la même urgence que d'aller vers les cadres supérieurs de santé* ».

|  |   |
|--|---|
| <b>Trois termes définissant sa relation avec le président de CME</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration</li> <li>• Se connaître mutuellement : qui suis-je ? à quoi je sers ? comment peut-on travailler ensemble</li> <li>• Confiance</li> </ul>        |
| <b>Les leviers pour une relation efficace</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aller vers les médecins</li> <li>• Planifier des rendez-vous avec le président de CME et être disponible pour les demandes ponctuelles des médecins</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
| <b>Les freins à une relation efficace</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'incompatibilité</li> </ul>  |
| <b>Les qualités nécessaires au directeur des soins pour travailler avec le président de CME</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité d'écoute</li> <li>• Disponibilité</li> <li>• Savoir créer un climat de confiance</li> <li>• Être cohérent : faire ce que l'on annonce</li> </ul>           |
| <b>Sujets de sollicitations du président de CME et des médecins</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation et sécurité des soins</li> <li>• Pratique des soins</li> <li>• L'ensemble des projets</li> <li>• Les évènements indésirables liés aux soins</li> </ul> |

Concernant les réformes hospitalières et la responsabilité relative à la qualité des soins, il estime que les réformes hospitalières ont complètement changé les relations entre le président de CME et le directeur des soins, notamment par la nouvelle gouvernance. Il précise par ailleurs que la place au directoire n'est pas « facile » car elle nécessite d'être en accord avec « son chef » (le directeur général) et être attentif aux demandes du corps médical. Il s'agit de trouver un « équilibre ». Pour ce qui concerne la responsabilité en matière de qualité des soins, il exprime avec force et conviction que « *tout le monde est concerné : tout médecin pour son patient ; nous, directeurs des soins en impulsant une dynamique, même si réglementairement, il s'agit du président de CME et du directeur général. Concrètement, si l'on n'y intègre pas le directeur des soins, je ne vois pas comment cela peut fonctionner. Dans les prérogatives de la commission de soins, il y a la qualité de la prise en charge du patient* ». Il termine son propos en indiquant qu'il est important d'aborder la qualité des soins avec les médecins de manière très pragmatique, très concrète avec un impact réel et visible sur l'amélioration quotidienne de la prise en charge des patients : « *on est vraiment sur des questions très pratico-pratiques et non sur une approche théorique* ».

#### Conclusion :

Les tableaux de bord et indicateurs sont considérés par le directeur des soins comme des outils d'aide à la décision et conditionnent le pilotage institutionnel. Ils permettent de définir des priorités visant notamment l'efficacité. Il considère que les initiatives pertinentes des pôles doivent faire l'objet de communication pour partager les expériences et créer une dynamique institutionnelle.

Sa relation avec le président de CME se veut dans la proximité et il se met à sa disposition, considérant que cela met en place des conditions favorables au dialogue. Il en est de même pour la communauté médicale. Il considère la collaboration comme essentielle et conditionnant la réussite des projets.

Les réformes hospitalières ont modifié selon lui les relations avec le président de CME et la communauté médicale. Elles ont permis les conditions favorables au dialogue et aux réorganisations de services.

Pour lui, la qualité des soins concerne tous les professionnels ainsi que l'usager qui prendra une place de plus en plus prégnante dans l'interrogation sur la pertinence des choix et sur l'organisation de sa prise en charge.

#### **4.2.4 Le cadre de santé**

Il travaille dans le service de médecine depuis dix-sept ans et proche de son départ à la retraite. Il explique durant de nombreuses minutes la succession de collègues qui ont travaillé avec lui et les réorganisations qui se sont opérées dans le service. Il précise par ailleurs que s'il est resté durant toutes ces années c'est parce qu'il travaille avec une équipe médicale qui respecte la fonction cadre et le personnel : *« Il y a des échanges, une liberté de parole, toutes les idées sont les bienvenues »*.

Concernant le pilotage médico-soignant des pôles, il indique avoir à sa disposition des tableaux de bord pour piloter son service. Ces tableaux de bord sont institutionnels mais le cadre en met en place conjointement avec la pharmacie et l'unité d'hygiène hospitalière par exemple car ils correspondent mieux à ses besoins en matière de pilotage interne. Il estime d'ailleurs que ceux proposés par la direction *« ne sont pas utiles à eux seuls car ils ne permettent pas la compréhension des situations (exemple d'un séjour long pour raisons sociales) »*. Les données présentées en réunions trimestrielles direction/pôle sont trop nombreuses et presque toujours présentées de façon négative : *« c'est dur pour l'équipe médicale et pour moi. Ce ne sont pas des réunions conviviales où l'on peut échanger. On est confrontés à des logiques qui sont un peu loin de notre logique soignante »*. Il regrette la logique trop administrative de présenter les tableaux de bord (quantitatifs), ne permettant pas des échanges productifs : *« le cap qualitatif des indicateurs, nécessaire au pilotage, n'est pas franchi. Ce sont des chiffres et leur analyse ne correspond pas toujours à la réalité et l'on s'arrête là »*. Cette présentation est ressentie comme une remise en cause des pratiques non-efficientes : *« on a toujours l'impression que nous sommes responsables des problèmes financiers »*. Pour que les indicateurs soient utiles, le cadre souhaiterait qu'ils lui soient présentés durant une journée et exclusivement dédiés à son service. En effet, les présentations, telles qu'organisées, sont réalisées tous les trimestres, pour le pôle et pour les services, de façon très synthétique : *« il y a trop de données en très peu de temps, en soirée lorsque tout le monde est fatigué et veut partir ; alors, tout le monde va vite »*. Il regrette qu'au cours de ces réunions, les cadres n'interviennent pas en qualité de représentants d'une équipe, d'une activité. Il dit toutefois utiliser certains indicateurs pour réorganiser le service.

Concernant les missions du directeur des soins et ses attentes vis-à-vis de lui, le cadre dit ne pas connaître les missions du directeur des soins. Selon lui, il devrait rassembler l'encadrement, être innovant et laisser aux cadre la liberté d'agir : « *j'attends des échanges conviviaux, qui ne soient pas toujours de l'information, qu'il (le directeur des soins) nous fasse vivre la vie de l'établissement, qu'il ait un positionnement en CME pour défendre son équipe de cadres* ». Il regrette le manque de visibilité du directeur des soins, qui ne se rend que très exceptionnellement dans les équipes. Par conséquent, il pense que les équipes ne le connaissent pas : « *si l'on ne connaît pas, on ne peut pas avoir de respect* ». Selon lui, l'infirmier général (terme souvent employé au cours de l'entretien), doit donner les moyens à l'encadrement d'être motivé, en étant objectif et que cela soit « *quelqu'un avec qui l'on peut parler sans avoir peur, pas de la répression, mais plutôt d'un manque de liberté de parole. Il doit connaître ses cadres, reconnaître leur travail et le montrer* ». Pour ce qui concerne la relation entre le directeur des soins et la communauté médicale, le cadre pense que les médecins ont le pouvoir. Il précise que si les relations entre le directeur des soins et la communauté médicale sont de qualité, cela a un impact favorable sur les relations entre le directeur des soins et l'encadrement : « *quand on collabore, on est créatif ; quand on ne collabore pas, il y a un gagnant et un perdant* ».

|  |  |
|--|--|
| <b>Trois termes définissant les relations entre la communauté médicale et le directeur des soins</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication, échanges</li> <li>• Respect</li> <li>• Sincérité</li> </ul> <p>Précise que ces termes sont des idéaux mais ne reflètent sûrement pas la réalité de l'établissement</p> |
| <b>Les leviers pour une relation efficace</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être à l'écoute de l'autre, sans jeux de pouvoir</li> <li>• Avoir des objectifs partagés</li> </ul>   |
| <b>Les freins à une relation efficace</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'absence d'objectifs partagés</li> </ul>   |
| <b>Les qualités nécessaires au directeur des soins pour travailler avec le président de CME</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte personnalité</li> <li>• Diplomatie</li> <li>• Objectivité</li> <li>• Positionnement</li> </ul>  |
| <b>Sujets de sollicitations du président de CME et des médecins</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de sollicitations en direct</li> </ul>  |

Concernant les réformes hospitalières et la responsabilité relative à la qualité des soins, le cadre estime qu'elles ont modifié les relations entre le directeur des soins et l'encadrement, notamment depuis la mise en place des pôles estimant que la ligne hiérarchique s'est allongée : « *il y a plus d'intervenants, parfois, on est un peu perdus, je ne sais plus qui je dois informer d'une situation, on ne sait plus qui fait quoi* ». Il estime par ailleurs que les pôles ont cloisonné les relations de travail avec ses pairs, qu'il y a moins de liberté : « *C'est mieux encadré mais plus rigide qu'avant* ».

Concernant les médecins, le cadre estime qu'ils ont perdu beaucoup de pouvoir avec la nouvelle gouvernance. Il ajoute que ce sont les administratifs qui ont pris le pouvoir : « *c'est*

*le côté économie, financement, qui prévaut sur la santé* ». Il pense que la recherche permanente d'efficience impacte les relations interprofessionnelles. Il en déduit que c'est sûrement ce qui explique le manque de médecins volontaires pour être chefs de pôles. En matière de qualité des soins, le cadre distingue ce qui relève des soins médicaux, pour lequel il estime ne pas pouvoir donner un avis. Toutefois, il considère que le cadre est responsable de la qualité des soins prodigués par les infirmiers et les aides-soignants, associant même les agents des services hospitaliers : « *le cadre est dans l'obligation de donner les moyens pour demander des résultats. Pour cela, il doit connaître les soins, sinon, il n'est pas crédible* ». Son principal regret est qu'il estime ne plus avoir de temps suffisant pour aller au contact des patients : « *Quand j'ai commencé, j'allais tous les jours dans les chambres, voir tous les patients, je me présentais, je demandais si tout se passait bien. Après, ce n'était plus que trois fois par semaine, puis deux, puis une et ensuite toutes les deux semaines* ». Ce changement ne lui permet pas d'observer la pratique soignante et de la réguler suffisamment fréquemment : « *aujourd'hui, lorsque je fais une remarque sur ce que j'ai observé, c'est vécu comme du contrôle* ». Il estime que la charge de travail du cadre ne lui permet plus d'être attentif à la qualité des soins : « *il est sollicité trois fois par jour pour le point sur les lits disponible, répond aux nombreux messages intranet etc....* ». Il termine en indiquant que le directeur des soins doit absolument être issu de la filière soignante pour comprendre les difficultés des équipes, pour les avoir vécues : « *ce qui est différent avec les administratifs (...). Ils ne sont pas dans la réalité du service, dans la souffrance des équipes* ».

### Conclusion :

Les tableaux de bord et indicateurs produits par la direction ne semblent pas retenir l'attention du cadre. Il est très attaché à un travail de proximité avec l'équipe, médicale comprise. Sa longue expérience professionnelle d'encadrement lui permet d'exprimer l'évolution de son métier. Il regrette sa distanciation avec l'équipe et le directeur des soins et la juge péjorative pour la qualité des soins. Fréquemment, il parle de pouvoir, qu'il soit médical (perte) ou du directeur des soins (prise). Sa relation avec ce dernier est quasi inexistante. Elle se limite à son entretien annuel d'évaluation. Aucun contact direct ne se produit. Ce cadre ne « communique » avec le directeur des soins qu'au travers de mails, le plus souvent d'ailleurs adressé au CSS du pôle. Il semble y avoir une rupture dans la communication entre les deux protagonistes. Selon le cadre, l'évolution des réformes hospitalières semblent avoir alourdi le système hospitalier et lui conférer une priorité à la réduction des coûts, plus qu'à la qualité des soins. Cette analyse le conduit à être en dichotomie quasi permanente entre sa vision des soins et l'interprétation qu'il fait de la vision institutionnelle.

#### **4.2.5 Conclusion relative à l'ensemble des entretiens menés**

La richesse des entretiens ainsi que leur singularité ont été déterminantes dans la compréhension du sujet choisi. Les professionnels rencontrés ont alimenté la réflexion après parfois une errance théorique mal maîtrisée, tout au moins au moment du choix du sujet. La relation que nous pourrions qualifier de confidentielle lors des entretiens, leur confère une teneur et une valeur importante par leur sincérité. C'est en tout cas ce qu'il nous a semblé. Les propos recueillis demeurent toutefois subjectifs. Ils sont liés à l'individu et n'engagent que lui, selon sa personnalité, son expérience professionnelle et sa sensibilité au sujet.

La conduite des entretiens fût éprouvante par la concentration nécessaire visant à ne pas influencer les propos tenus mais aussi par la difficulté à se détacher du support utilisé comme guide d'entretien. Ces difficultés ont été moins prégnantes au fil des entretiens menés.

La retranscription des entretiens a été longue et fastidieuse. D'un point de vue méthodologique, des indicateurs de temps ont été notés afin de pouvoir retrouver plus facilement les verbatim et pouvoir réécouter les propos enregistrés.

L'insertion de nombreux verbatim est volontaire. Ils aident à comprendre les points de vue des personnes interrogées, à travers la fidélité des propos tenus.

A ce stade du travail de recherche, nous pouvons formuler des recommandations, des conditions favorables à la mise en œuvre du sujet traité.

## **5 Réponses aux hypothèses**

### **Hypothèse 1 : la collaboration entre le directeur des soins et la communauté médicale facilite l'analyse partagée des besoins en réorganisations**

Cette hypothèse est vérifiée. La collaboration favorise la co-construction sur la base de valeurs soignantes partagées. Elle n'est toutefois possible que par la volonté des acteurs à collaborer. Elle est donc complexe à mettre en œuvre et relève de la stratégie du directeur des soins à mettre en place les conditions favorables à la collaboration interprofessionnelle.

### **Hypothèse 2 : une culture commune du pilotage médico-soignant par le directeur des soins et la communauté médicale favorise la collaboration**

Cette hypothèse est vérifiée. La mise à disposition de tableaux de bord et indicateurs, lorsqu'ils sont reconnus et partagés, facilitent le dialogue de gestion et, par voie de conséquence, les réorganisations. Pour cela, les indicateurs proposés doivent être adaptés à chacun des pôles et des objectifs poursuivis.

### **Hypothèse 3 : la collaboration entre le directeur des soins et la communauté médicale facilite le management des cadres de santé**

L'entretien réalisé avec un seul cadre de santé ne permet pas la vérification de cette hypothèse. Toutefois, l'un des chefs de pôle insiste sur la place essentielle du cadre de proximité lorsqu'il interroge celle du CSS, qu'il considère presque inutile. On constate par ailleurs que le cadre de santé interrogé travaille en étroite collaboration avec l'équipe médicale. On peut penser que si le directeur des soins collabore avec la communauté médicale, il sera plus audible auprès des cadres.

## **6 Les préconisations**

### **6.1 Connaître les acteurs et comprendre les organisations**

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à la prise de poste du directeur des soins. En effet, le moment de la prise de fonction est crucial et conditionne probablement l'avenir des relations avec les collaborateurs. Les attentes sont nombreuses le concernant. Afin de pouvoir répondre avec pertinence aux sollicitations, il devra programmer, dès son arrivée dans l'établissement, des rencontres avec les acteurs. Il s'agit là de se présenter et d'interroger les interlocuteurs sur leurs attentes vis-à-vis du directeur des soins. Il ne faut pas négliger des rendez-vous individuels avec chaque membre de l'équipe de direction, afin de se présenter et de définir, ensemble, selon quelles modalités nous souhaitons collaborer. Les seules réunions d'équipe de direction ne suffisent pas à faire connaître ses expériences professionnelles et à interroger sur les projets en cours dans le champ de responsabilité de chacun.

Le directeur des soins rencontrera le président de CME ainsi que les chefs de pôles, afin de se présenter et de clarifier ses missions. En effet, une étude réalisée en 2002<sup>31</sup> montre que les médecins, même impliqués institutionnellement, connaissent mal les missions des directeurs : « (...) un manque certain de connaissances sur deux points : sur le corps des directeurs d'hôpital et sur le fonctionnement général de l'institution, de sa place et son rôle dans une politique nationale de santé ». Les médecins attendent de la part du directeur qu'il soit un facilitateur de leur action mais ne souhaitent cependant pas qu'il traite de sujets qui ne relèveraient que de leurs compétences. Cette même étude démontre que certains médecins reconnaissent des obligations mutuelles :

- avoir le même but, le même désir ultime de travailler de concert dans un établissement de soins au service de l'individu et d'agir, de prendre des décisions en fonction de cet objectif partagé

---

<sup>31</sup> FUNEL N., HUART G., SANTORI L., 2002, *Échos de quinze médecins hospitaliers*, in CAVALIER M., 2002, *Médecins, directeurs, un pacs pour l'hôpital*, ERES « Action santé », 160 pages



- chacune des parties a des devoirs. Pour le directeur, respecter le projet médical et pour les médecins, respecter les contraintes budgétaires
- arriver à une plus grande proximité pour une compréhension mutuelle des logiques différentes

Pour cela, il est nécessaire que le dialogue s'établisse sur la base d'indicateurs partagés, compris et acceptés de tous, permettant un pilotage institutionnel collectif. Selon Jean-René LEDOYEN<sup>32</sup>, « *il est essentiel que les responsables de pôle disposent régulièrement d'indicateurs de suivi de leur activité, des ressources utilisées et de la qualité de la réponse apportée afin qu'ils puissent faire des choix adaptés dans la gestion de leur pôle* ».

Outre le corps médical, le directeur des soins rencontrera l'équipe d'encadrement paramédical et se présentera aux équipes soignantes. Pour rappel, lors de l'entretien avec le cadre de santé, réalisé dans le cadre de ce mémoire, ce dernier a très explicitement regretté que le directeur des soins de l'établissement n'aille pas à la rencontre des équipes, qui disent ne pas le connaître. Il précise par ailleurs, que cela peut conduire à un manque de respect vis-à-vis de lui.

Le directeur des soins, sans être omniprésent, doit être visible et donner de la lisibilité sur la politique qu'il souhaite mener. Les cadres de santé, quant à eux, attendent de lui qu'il donne du sens à l'action, qu'il les guide par son expertise, en leur laissant toutefois l'autonomie suffisante pour s'épanouir. Pour cela, la connaissance de l'équipe d'encadrement paramédicale, des missions de chacun et de leur environnement de travail est essentielle.

Une fois ces relations construites, elles devront se poursuivre dans la durée. Il ne s'agit pas de les limiter à la seule prise de fonction du directeur des soins mais bien de les consolider, voire les enrichir.

La connaissance des acteurs et la compréhension des organisations par le directeur des soins favorisera la collaboration, en particulier avec la communauté médicale.

## **6.2 Construire la collaboration pour co-construire l'avenir**

Les entretiens réalisés ont montré l'importance d'une prise de contact par le directeur des soins auprès du président de CME, ceci avant même la prise de poste. Il ne s'agit pas de s'interroger sur celui qui devra prendre l'initiative de cette rencontre. Les réponses sont claires : le directeur des soins, en montrant sa volonté à travailler en collaboration avec le président de CME, ouvrira le champ des possibles. Cette initiative conditionne

---

<sup>32</sup> LEDOYEN J-R, 2007, « De quels indicateurs les responsables de pôle ont-ils besoin ? », *Soins cadres de santé*, N°61

probablement l'avenir. La prise de contact doit conduire à la recherche d'un consensus sur une organisation favorisant la collaboration, dans un climat de confiance mutuelle.

### **6.2.1 Planifier des temps de rencontres**

Ils permettent de construire une relation basée sur un dialogue et la confiance. Pour autant, celle-ci ne peut se décréter. En effet, accorder sa confiance est conditionné à une relation basée sur des informations partagées et le respect mutuel. Michela MARZANO<sup>33</sup> indique qu'à travers la confiance, « *on remet quelque chose de précieux à quelqu'un, en se fiant à lui et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi* ». On peut donc en déduire, qu'en accordant sa confiance à l'autre, l'on devient vulnérable et dépendant de lui, de ce qu'il en fera.

Les temps de rencontres seront planifiés dans les agendas respectifs à un rythme défini conjointement. Ils permettront de se tenir informés mutuellement de l'avancement de projets en cours, à la fois sous le prisme médical et sous le prisme paramédical. Ce formalisme confère un statut aux interlocuteurs et favorise la communication, la collaboration et la compréhension entre le directeur des soins et le président de CME. En général, ils font l'objet de prise de notes, voire d'un compte-rendu.

### **6.2.2 Planifier sans figer**

Planifier des temps de rencontre ne doit pas signifier figer la relation à ces seuls moments de dialogue. Il est en effet aussi nécessaire de laisser la place à des temps informels, sur le moment, ne répondant pas à une organisation structurée, parfois figée. Cette liberté d'expression facilite la relation entre les acteurs et permet de tester des idées, des propositions ou encore de s'informer mutuellement sur ce que nous pourrions appeler des « bruits de fond » qui doivent nous mettre en alerte quant au climat social. Ils permettent alors d'élaborer de nouvelles stratégies.

Les discussions sont plus spontanées non officielles, sans traces, ce qui leur octroient un caractère quasi confidentiel.

### **6.2.3 Le projet médico-soignant partagé donneur de sens et porteur de valeurs communes**

Le projet d'établissement comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.<sup>34</sup>

Aujourd'hui, sous l'impulsion de l'interprétation de la loi, la plupart des établissements de santé parlent d'un projet médico-soignant partagé qui donne une cohérence de prise en charge des usagers sur un territoire. Pour autant, tous n'ont pas rédigé un projet unique, reflet d'une prise en charge concertée, à la fois médicale et paramédicale.

---

<sup>33</sup> MARZANO M., 2010, « Qu'est-ce que la confiance ? », Études, Tome 412, pages 53 à 63

<sup>34</sup> Loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Article L6143-2

Une étude réalisée par l'Association Française des Directeurs des Soins<sup>35</sup> en novembre 2016 montre que seuls 22 GHT ont fait le choix d'élaborer un projet médico-soignant partagé, même si après cette enquête, quatre directeurs des soins ont fait savoir que la réflexion avait évoluée. L'association insiste sur « *l'importance de la promotion d'un projet médico-soignant et l'élaboration en concertation, en coordination, en collaboration de ces deux projets* ».

Il est certes nécessaire de mener une réflexion sur l'élaboration d'un projet médico-soignant de territoire mais ne doit-on pas veiller à ce que cette pratique soit une réalité dans chacun des établissements membre du GHT ? En effet, lorsque le directeur des soins travaille en collaboration étroite avec le président de CME et la communauté médicale, les conditions sont favorables à l'élaboration de ce PMSP d'établissement. La définition des valeurs partagées et le sens donné aux pratiques soignantes permettent l'élaboration d'un PMSP permettant la fluidification du parcours de soins de l'usager. Il contribue à la mise en œuvre d'objectifs de soins partagés entre les équipes médicales et paramédicales pouvant être structurés autour de chemins cliniques médico-soignants. Il permet par ailleurs d'interroger la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux ou bien la pertinence des actes.

### **6.3 La conduite de projets pour travailler ensemble**

« *Il faut savoir ce que l'on veut. Quand on le sait, il faut avoir le courage de le dire ; quand on le dit, il faut avoir le courage de le faire* ». La citation de Georges CLEMENCEAU caractérise bien le fait que la conduite de projet doit s'appuyer sur un discours engagé. En effet, directeur des soins et communauté médicale doivent décliner la politique du PMSP de l'établissement à travers des projets présentés aux équipes et menés à terme. Il ne s'agit pas de rester dans une déclaration d'intention mais bien de le faire vivre. Il en va de la crédibilité des dirigeants ou médecins ayant contribué à sa rédaction. Les professionnels paramédicaux ne s'approprient que très rarement le contenu du projet de soins. Le directeur des soins doit alors jouer un rôle dans son élaboration afin qu'il soit co-construit avec l'encadrement, les professionnels paramédicaux, sans oublier les médecins. La CSIRMT est alors un organe majeur de mobilisation de l'intelligence collective. Selon Olivier ZARA,<sup>36</sup> « *l'intelligence collective est une somme d'intelligences de la situation conjuguées à des savoirs* ». L'intelligence de la situation pouvant être considérée comme intelligence de terrain. Pour manager cette intelligence collective, le directeur des soins travaillera en collaboration avec le président de CME et la communauté médicale en vue de créer une dynamique de collaborations intellectuelles entre les acteurs. Chacun d'entre eux pouvant apporter ses idées, connaissances, compétences ou expertises.

---

<sup>35</sup> [www.directeurdesoins-afds.com](http://www.directeurdesoins-afds.com)

<sup>36</sup> ZARA O., 2016, *Le management de l'intelligence collective, vers une nouvelle gouvernance*, 3<sup>ème</sup> édition, Axiopole, 203 pages

La Haute Autorité de Santé,<sup>37</sup> préconise concernant les conduites de projets, l'utilisation de la roue de DEMING sur la base de la citation de CLEMENCEAU :

1. Dire ce que l'on va faire
2. Faire ce que l'on a dit
3. Vérifier ce que l'on a fait
4. Faire mieux

Plan : planifier en définissant précisément le sujet ou le problème à traiter afin d'élaborer un plan d'action

Do : mettre en œuvre des actions

Check : vérifier l'efficacité des actions menées par le biais de mesures, d'indicateurs ou d'observations (tableaux de bord, évaluations ou analyses de pratiques professionnelles etc....)

Act : assurer la pérennité des résultats. Mettre à jour les procédures, processus, guides de bonnes pratiques etc....

On mesure bien la complexité de la conduite de projet. Nous pouvons donc en déduire que le dirigeant ne peut, à lui seul, répondre à l'ensemble des étapes, sauf à n'y répondre que très partiellement et sans objectivité.

#### **6.4 Le positionnement ou la posture professionnelle du directeur en instances et en réunions**

Le directeur des soins, en sa qualité de président de la CSIRMT, participe aux instances stratégiques de l'hôpital. Le verbe participer peut s'entendre au sens d'être présent, probablement attentif. Pour autant, cela ne signifie pas nécessairement prendre part à la discussion, argumenter, apporter une connaissance utile au sujet abordé. Le directeur des soins ne peut rester dans ces instances un représentant du personnel paramédical sans voix. Nous n'évoquons pas ici la voix au sens délibératif du terme mais au sens de l'expression d'une opinion. Il faut admettre que les instances sont parfois le lieu de jeux de pouvoir. Marie-Laure MOQUET-ANGER<sup>38</sup> qualifie même le directoire de « *terrain de lutte de pouvoirs : soit il est entre les mains du directeur de l'établissement, soit le personnel médical majoritaire contrôle celui-ci* ». Nous pouvons par ailleurs constater à travers les entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire, que la communauté médicale attends du directeur des soins qu'il se positionne en qualité de conseil, d'expert dans le domaine du soin paramédical et des organisations en regard. L'un des présidents de CME interrogé évoque d'ailleurs la notion de regards croisés quand un chef de pôle parle d'une bonne connaissance des conditions du terrain (activité, charge de travail). Nous constatons à

---

<sup>37</sup> HAS : <http://www.slideplayer.fr/slide/485873/>

<sup>38</sup> MOQUET-ANGER M-L., 2016, *Droit hospitalier*, 4<sup>ème</sup> édition, Éditions LGDJ, 501 pages

travers ces témoignages que la posture professionnelle du directeur des soins est attendue par ses interlocuteurs, ses collaborateurs. Dans le langage courant, positionnement et posture se confondent. Selon Paul MAELA<sup>39</sup> « *la posture définit la manière de s'acquitter de sa fonction ou de tenir son poste. Posture et fonction définissent une manière d'être et de faire dialectiquement liée. Par la fonction se transmettent les visées institutionnelles. Par la posture s'incarnent les valeurs professionnelles en relation à autrui* ».

Rachel CHAMLA<sup>40</sup> définit quant à elle le positionnement professionnel comme « *un processus de construction qui permet de se positionner mais aussi d'être positionné dans un environnement défini* ».

---

<sup>39</sup> MAELA P., 2004, *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, l'Harmattan, 352 pages

<sup>40</sup> CHAMLA R., 2010, « À propos de la réforme du DEASS : de l'intervention sociale et de l'expertise sociale », *La revue française de service social, Expertise et évaluation*, ANAS N° 236, page 70

## Conclusion

En France, les réformes hospitalières ont conduit les établissements publics de santé à faire évoluer leurs pratiques, parfois sous la contrainte. De la loi HPST à la loi de modernisation de notre système de santé, la tendance se veut au décloisonnement, à la définition de parcours de soins, de santé et de vie des usagers. Cette ouverture vers les autres ne peut se concevoir uniquement dans le domaine des soins mais doit aussi être accompagnée auprès des professionnels.

Le directeur des soins, le président de CME et la communauté médicale doivent contribuer aux évolutions du système de santé en ayant la volonté de collaborer. En effet, la recherche d'efficacité, la mise en œuvre du virage ambulatoire, le partenariat avec les établissements membres du GHT sont autant d'exemples nécessitant une réflexion conjointe afin d'optimiser les organisations soignantes, au bénéfice des usagers. Il semble indispensable qu'au sein d'un établissement cette collaboration soit effective pour mieux préparer les collaborations inter-hospitalières voire même extra-hospitalières.

L'enquête auprès des professionnels de santé montre que le pilotage des pôles reste encore dans une dimension quantitative et que peu de sens est donné à l'analyse des données chiffrées. Pour autant, chacun d'entre eux se sent responsable de la qualité des soins. On peut alors considérer ce repère professionnel comme un levier de la collaboration entre le directeur des soins et la communauté médicale.

Sur ce sujet, les entretiens ont permis de mettre en avant qu'il ne s'agit pas seulement d'une question de volonté. En effet, la relation est impactée par de multiples facteurs et peut se modifier de façon positive ou négative. Parmi ces facteurs, nous retiendrons en particulier qu'il s'agit d'une question de personnes et de personnalités. En effet, les qualités intrinsèques de chacun, la faculté et la volonté au dialogue influenceront cette collaboration ou cette absence de collaboration.

Durant leurs formations, les directeurs des soins ont reçu des enseignements relatifs à la communication et leur expérience professionnelle en qualité de cadre les a conduits à s'exercer, avec plus ou moins d'aisance, à la communication. Les médecins, quant à eux, ne bénéficient pas de formation sur le sujet. Le management ne s'improvise pas. Toutefois, si une relation de confiance mutuelle s'instaure entre le directeur des soins, le président de CME et la communauté médicale, le dialogue pourra alors s'enrichir des points de vue de chacun. Il s'agira alors d'être rigoureux et de faire preuve de professionnalisme, en toute authenticité, objectivité et humilité.

Lorsque la collaboration entre le directeur des soins et la communauté médicale est une force institutionnelle, elle permet aux équipes soignantes de rendre légitimes les décisions organisationnelles posées. Finalement, cela ne pourrait-il pas être contagieux, au sens de ce qui est facilement transmissible d'une personne à une autre, peut-être par l'exemplarité.

L'hôpital de demain se devra d'être collaboratif. D'abord entre professionnels (internes et externes) mais aussi et peut-être surtout avec les usagers. La place qui leur sera réservée, ne se limitera pas à la mesure de leur satisfaction mais bien à leur participation aux prises de décisions les concernant d'abord mais concernant aussi nos organisations médico-soignantes. Cette démocratie sanitaire sera accompagnée par les directeurs de soins, futurs directeurs de santé garants de la qualité des parcours de soins mais aussi des parcours de santé et de vie des usagers.

---

# Bibliographie

---

## TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

Loi N° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi N° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits de malades et à la qualité du système de santé

Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Décret N°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics

Décret N° 90-956 du 26 octobre 1990 relatif à la Commission Médicale des Établissements d'hospitalisation publics

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

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

Décret N°2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la CME et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé

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

Ordonnance N°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé



## **RÉFÉRENTIELS, RECOMMANDATIONS, RAPPORTS**

FOURCADE J.P, 2011, *Rapport au parlement – Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 75 pages

## **OUVRAGES**

CLAUDE J-F., 2003, *Le management par les valeurs*, Éditions liaisons – collection entreprises-carrières, 259 pages

DOMY P., 2012, *L'impact de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements – Le point de vue d'un directeur général de CHRU*, pages 27-42, in NOBRE T. *Le management de pôles à l'hôpital*, Éditions DUNOD

FOUDRIAT M., 2011, *Sociologie des organisations*, 3<sup>ème</sup> édition, Éditions Pearson, 362 pages

FOUDRIAT M., 2016, *La co-construction, une alternative managériale*, Presses de l'EHESP, 180 pages

FRIEDBERG E., 1997, *Le pouvoir et la règle*, Paris, Éditions SEUIL, 384 pages

FUNEL N., HUART G., SANTORI L., 2002, *Échos de quinze médecins hospitaliers*, in CAVALIER M., 2002, *Médecins, directeurs, un pacs pour l'hôpital*, ERES « Action santé », 160 pages

MAELA P., 2004, *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, l'Harmattan, 352 pages

MINTZBERG H., 2003, *Structure et dynamique des organisations*, Éditions d'organisation les références, 434 pages

MOQUET-ANGER M-L., 2016, *Droit hospitalier*, 4<sup>ème</sup> édition, Éditions LGDJ, 501 pages

SAINSAULIEU I., 2007, *L'hôpital et ses acteurs-Appartenances et égalité*, Paris, Perspectives sociologiques, 267 pages

SCHWEYER FX., 2000, *Les professions et les institutions de santé face à l'organisation du travail*, Éditions ENSP, 222 pages

ZARA O., 2016, *Le management de l'intelligence collective, vers une nouvelle gouvernance*, 3<sup>ème</sup> édition, Axiopole, 203 pages

### **ARTICLES ET REVUES**

CHAMLA R., 2010, « À propos de la réforme du DEASS : de l'intervention sociale et de l'expertise sociale », *La revue française de service social, Expertise et évaluation*, ANAS N° 236, page 70

LEDOYEN J-R, 2007, « De quels indicateurs les responsables de pôle ont-ils besoin ? », *Soins cadres de santé*, N°61

MARZANO M., 2010, « Qu'est-ce que la confiance ? », *Études*, Tome 412, pages 53 à 63

### **MÉMOIRES**

CARLETTA K., 2015, Directeur des soins et président de la commission médicale d'établissement : vers une collaboration efficiente

GARCIA-LIDON C., 2016, Directeur des soins et président de la commission médicale d'établissement : quelle collaboration pour contribuer à la performance des organisations médico-soignantes

### **SITOGRAPHIE**

<http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/les-activites-medicales-et-soignantes - Projet-medical-partage-et-projet-de-soins-partage>

<http://www.slideplayer.fr/slide/485873/>

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaboration/17137><sup>1</sup>

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140?q=collaborer#17013>

<http://www.ipspl.info/collaboration.html>

[www.directeurdesoins-afds.com](http://www.directeurdesoins-afds.com)

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : Guide d'entretien semi-directif des Présidents de CME

**Annexe 2** : Guide d'entretien semi-directif des chefs de pôles

**Annexe 3** : Guide d'entretien semi-directif des Directeurs des Soins

**Annexe 4** : Guide d'entretien semi-directif du cadre de santé

**ANNEXE 1**  
**GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF**  
**PRÉSIDENT DE CME**

**CONTRAT D'ENTRETIEN :**

Je suis actuellement Directrice des soins en formation à l'École des Hautes Études en Santé Publique. Je mène cet entretien dans le cadre de mon mémoire qui traite des relations ente le Directeur des soins et la communauté médicale pour le pilotage médico-soignant des activités de soins.

Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien et vous garantis l'anonymat des propos si vous le souhaitez. Je sollicite par ailleurs votre autorisation pour enregistrer cet entretien afin que sa retranscription soit fidèle.

Anonymat  oui  non

Enregistrement  oui  non

Heure de début de l'entretien :

Heure de fin de l'entretien :

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ?

Me donner un aperçu de votre parcours professionnel et de votre ancienneté dans la fonction de président de CME ?

**1. Concernant le pilotage médico-soignant des pôles :**

| QUESTIONS   | MOTS CLÉS   |
|---|---|
| Pouvez-vous me décrire l'organisation retenue pour le pilotage des pôles dans l'établissement ?   | Chef de pôle, cadre de pôle, directeur référent de pôle, cadre gestionnaire de pôle, etc....            |
| Qu'est-ce qui est mis à disposition des pôles pour leur pilotage ?  | Indicateurs, tableaux de bord, résultats d'enquêtes, évaluations de pratiques professionnelles, etc.... |
| Quels indicateurs sont mis à la disposition des pôles ?   | D'activité, de qualité, de gestion des ressources humaines, économiques, etc....                        |
| La présentation de ces indicateurs est-elle quantitative, qualitative ou les deux ?<br>Pouvez-vous en préciser les outils ainsi que les modalités de présentation de ces outils ? | Quantitative, qualitative<br>Tableaux, réunions   |

## 2. Concernant les relations entre le directeur des soins et la communauté médicale

| QUESTIONS   | MOTS CLÉS  |
|---|--|
| Connaissez-vous les missions du directeur des soins ?<br>Qu'attendez-vous de lui ?  | Coordination, organisation des soins, répartition des ressources, organisation des parcours de soins (en coordination avec la communauté médicale), continuité, sécurité des soins, management de l'encadrement, projet de soins |
| Pouvez-vous me donner 3 termes définissant les relations entre vous, président de CME, et le directeur des soins ?                      | Collaboration, coopération, co-construction, etc....   |
| Quels sont les leviers pour une relation efficace ?   | Culture commune, valeurs partagées, vision institutionnelle partagée, etc....  |
| Quels sont les freins à une relation efficace ?   | Absence de travail collectif, manque de communication, etc....   |
| Quelles qualités sont nécessaires au directeur des soins pour travailler avec le président de CME ?                                     | Disponibilité, bon relationnel, capacités d'analyse, capacité à communiquer, etc....   |
| Pour quels sujets sollicitez-vous le directeur des soins ?  | Qualité, organisation des soins, pratiques professionnelles, compétences professionnelles, répartition des ressources, etc....   |
| Rencontrez-vous régulièrement le directeur des soins ?<br>A quelle fréquence ?<br>Pour quelles occasions ?<br>Selon quelles modalités ? | Rendez-vous planifiés ou non, rendez-vous téléphoniques  |

## 3. Les réformes hospitalières

| QUESTIONS   | MOTS CLÉS  |
|---|--|
| Les réformes de l'hôpital ont-elles modifié vos relations avec le directeur des soins ? | Réunions de pôle, présence au directoire, etc....  |
| Selon vous, qui est responsable de la qualité des soins ?                               | Président de la CME, directeur des soins, médecins, équipes soignantes, direction de la qualité, etc.... |

**ANNEXE 2**  
**GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF**  
**CHEFS DE PÔLES**

**CONTRAT D'ENTRETIEN :**

Je suis actuellement Directrice des soins en formation à l'École des Hautes Études en Santé Publique. Je mène cet entretien dans le cadre de mon mémoire qui traite des relations ente le Directeur des soins et la communauté médicale pour le pilotage médico-soignant des activités de soins.

Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien et vous garantis l'anonymat des propos si vous le souhaitez. Je sollicite par ailleurs votre autorisation pour enregistrer cet entretien afin que sa retranscription soit fidèle.

Anonymat  oui  non

Enregistrement  oui  non

Heure de début de l'entretien :

Heure de fin de l'entretien :

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ?

Me donner un aperçu de votre parcours professionnel et de votre ancienneté dans la fonction de chef de pôle ?

**1. Concernant le pilotage médico-soignant des pôles :**

| QUESTIONS   | MOTS CLÉS   |
|---|---|
| Qu'avez-vous à votre disposition pour piloter le pôle ?   | Indicateurs, tableaux de bord, résultats d'enquêtes, évaluations de pratiques professionnelles, etc.... |
| Quels indicateurs avez-vous à votre disposition ?   | D'activité, de qualité, de gestion des ressources humaines, économiques, etc....                        |
| La présentation de ces indicateurs est-elle quantitative, qualitative ou les deux ?<br>Pouvez-vous en préciser les outils ainsi que les modalités de présentation de ces outils ? | Quantitative, qualitative<br>Tableaux, réunions   |

**2. Concernant les relations entre le directeur des soins et la communauté médicale**

| QUESTIONS   | MOTS CLÉS  |
|---|--|
| Connaissez-vous les missions du directeur des soins ?<br>Qu'attendez-vous de lui ?                                | Coordination, organisation des soins, répartition des ressources, organisation des parcours de soins (en coordination avec la communauté médicale), continuité, sécurité des soins, management de l'encadrement, projet de soins |
| Pouvez-vous me donner 3 termes définissant les relations entre la communauté médicale et le directeur des soins ? | Collaboration, coopération, co-construction, etc....   |

|   |  |
|---|--|
| Quels sont les leviers pour une relation efficace ?   | Culture commune, valeurs partagées, vision institutionnelle partagée, etc....  |
| Quels sont les freins à une relation efficace ?   | Absence de travail collectif, manque de communication, etc....   |
| Quelles qualités sont nécessaires au directeur des soins pour travailler avec la communauté médicale ?                                  | Disponibilité, bon relationnel, capacités d'analyse, capacité à communiquer, etc....   |
| Pour quels sujets sollicitez-vous le directeur des soins ?  | Qualité, organisation des soins, pratiques professionnelles, compétences professionnelles, répartition des ressources, etc.... |
| Rencontrez-vous régulièrement le directeur des soins ?<br>A quelle fréquence ?<br>Pour quelles occasions ?<br>Selon quelles modalités ? | Rendez-vous planifiés ou non, rendez-vous téléphoniques  |

### 3. Les réformes hospitalières

| QUESTIONS   | MOTS CLÉS   |
|---|---|
| Les réformes de l'hôpital ont-elles modifié vos relations avec le directeur des soins ? | Réunions de pôle, présence au directoire, etc....                               |
| Selon vous, qui est responsable de la qualité des soins ?                               | Président de la CME, directeur des soins, médecins, équipes soignantes, etc.... |



**ANNEXE 3**  
**GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF**  
**DIRECTEUR DES SOINS**

**CONTRAT D'ENTRETIEN :**

Je suis actuellement Directrice des soins en formation à l'École des Hautes Études en Santé Publique. Je mène cet entretien dans le cadre de mon mémoire qui traite des relations ente le Directeur des soins et la communauté médicale pour le pilotage médico-soignant des activités de soins.

Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien et vous garantis l'anonymat des propos si vous le souhaitez. Je sollicite par ailleurs votre autorisation pour enregistrer cet entretien afin que sa retranscription soit fidèle.

Anonymat  oui  non

Enregistrement  oui  non

Heure de début de l'entretien :

Heure de fin de l'entretien :

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ?

Me donner un aperçu de votre parcours professionnel et de votre ancienneté dans la fonction de directeur des soins ?

**1. Concernant le pilotage médico-soignant des pôles :**

| QUESTIONS   | MOTS CLÉS   |
|---|---|
| Pouvez-vous me décrire l'organisation retenue pour le pilotage des pôles dans l'établissement ?   | Chef de pôle, cadre de pôle, directeur référent de pôle, cadre gestionnaire de pôle, etc....            |
| Qu'est-ce qui est mis à disposition des pôles pour leur pilotage ?  | Indicateurs, tableaux de bord, résultats d'enquêtes, évaluations de pratiques professionnelles, etc.... |
| Quels indicateurs sont mis à la disposition des pôles ?   | D'activité, de qualité, de gestion des ressources humaines, économiques, etc....                        |
| La présentation de ces indicateurs est-elle quantitative, qualitative ou les deux ?<br>Pouvez-vous en préciser les outils ainsi que les modalités de présentation de ces outils ? | Quantitative, qualitative<br>Tableaux, réunions   |

## 2. Concernant les relations entre le directeur des soins et la communauté médicale

| QUESTIONS  | MOTS CLÉS  |
|--|--|
| Connaissez-vous les missions du président de CME ?<br>Qu'attendez-vous de lui et de la communauté médicale ?   | Coordination, organisation des soins, répartition des ressources, organisation des parcours de soins (en coordination avec la communauté médicale), continuité, sécurité des soins, management de l'encadrement, projet de soins |
| Pouvez-vous me donner 3 termes définissant les relations entre vous, directeur des soins, et le président de CME ?<br>Idem pour la communauté médicale | Collaboration, coopération, co-construction, etc....   |
| Quels sont les leviers pour une relation efficace avec le président de CME et avec la communauté médicale ?  | Culture commune, valeurs partagées, vision institutionnelle partagée, etc....  |
| Quels sont les freins à une relation efficace avec le président de CME et avec la communauté médicale ?  | Absence de travail collectif, manque de communication, etc....   |
| Quelles qualités sont nécessaires au directeur des soins pour travailler avec le président de CME ? avec la communauté médicale ?                      | Disponibilité, bon relationnel, capacités d'analyse, capacité à communiquer, etc....   |
| Pour quels sujets sollicitez-vous le président de CME ? les médecins ?   | Qualité, organisation des soins, pratiques professionnelles, compétences professionnelles, répartition des ressources, etc....   |
| Rencontrez-vous régulièrement le président de CME ? Les médecins ?<br>A quelle fréquence ?<br>Pour quelles occasions ?<br>Selon quelles modalités ?    | Rendez-vous planifiés ou non, rendez-vous téléphoniques  |

## 3. Les réformes hospitalières

| QUESTIONS   | MOTS CLÉS  |
|---|--|
| Les réformes de l'hôpital ont-elles modifié vos relations avec le président de CME ? les médecins ? | Réunions de pôle, présence au directoire, etc....  |
| Selon vous, qui est responsable de la qualité des soins ?   | Président de la CME, directeur des soins, médecins, équipes soignantes, direction de la qualité, etc.... |

**ANNEXE 4**  
**GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF**  
**CADRE DE PÔLE**

**CONTRAT D'ENTRETIEN :**

Je suis actuellement Directrice des soins en formation à l'École des Hautes Études en Santé Publique. Je mène cet entretien dans le cadre de mon mémoire qui traite des relations entre le Directeur des soins et la communauté médicale pour le pilotage médico-soignant des activités de soins.

Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien et vous garantis l'anonymat des propos si vous le souhaitez. Je sollicite par ailleurs votre autorisation pour enregistrer cet entretien afin que sa retranscription soit fidèle.

Anonymat  oui  non

Enregistrement  oui  non

Heure de début de l'entretien :

Heure de fin de l'entretien :

---

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ?

Me donner un aperçu de votre parcours professionnel et de votre ancienneté dans la fonction de cadre de pôle ?

**1. Concernant le pilotage médico-soignant des pôles :**

| QUESTIONS   | MOTS CLÉS   |
|---|---|
| Qu'avez-vous à votre disposition pour piloter le pôle ?   | Indicateurs, tableaux de bord, résultats d'enquêtes, évaluations de pratiques professionnelles, etc.... |
| Quels indicateurs avez-vous à votre disposition ?   | D'activité, de qualité, de gestion des ressources humaines, économiques, etc....                        |
| La présentation de ces indicateurs est-elle quantitative, qualitative ou les deux ?<br>Pouvez-vous en préciser les outils ainsi que les modalités de présentation de ces outils ? | Quantitative, qualitative<br>Tableaux, réunions   |

## 2. Concernant les relations entre le directeur des soins, la communauté médicale et l'encadrement

| QUESTIONS   | MOTS CLÉS  |
|---|--|
| Connaissez-vous les missions du directeur des soins ?<br>Qu'attendez-vous de lui ?  | Coordination, organisation des soins, répartition des ressources, organisation des parcours de soins (en coordination avec la communauté médicale), continuité, sécurité des soins, management de l'encadrement, projet de soins |
| Pouvez-vous me donner 3 termes définissant les relations entre la communauté médicale et le directeur des soins ?                       | Collaboration, coopération, co-construction, etc....   |
| Quels sont les leviers pour une relation efficace ?   | Culture commune, valeurs partagées, vision institutionnelle partagée, etc....  |
| Quels sont les freins à une relation efficace ?   | Absence de travail collectif, manque de communication, etc....   |
| Selon vous, quelles qualités sont nécessaires au directeur des soins pour travailler avec la communauté médicale ?                      | Disponibilité, bon relationnel, capacités d'analyse, capacité à communiquer, etc....   |
| Pour quels sujets sollicitez-vous le directeur des soins ?<br>Pouvez-vous me donner des exemples ?                                      | Qualité, organisation des soins, pratiques professionnelles, compétences professionnelles, répartition des ressources, etc....   |
| Rencontrez-vous régulièrement le directeur des soins ?<br>A quelle fréquence ?<br>Pour quelles occasions ?<br>Selon quelles modalités ? | Rendez-vous planifiés ou non, rendez-vous téléphoniques  |

## 3. Les réformes hospitalières

| QUESTIONS   | MOTS CLÉS   |
|---|---|
| Selon vous, les réformes de l'hôpital ont-elles modifié les relations entre le directeur des soins et l'encadrement ? et la communauté médicale ? | Réunions de pôle, présence au directoire, etc....                               |
| Selon vous, qui est responsable de la qualité des soins ?   | Président de la CME, directeur des soins, médecins, équipes soignantes, etc.... |

ARNAUD-DOUVILLE

Valérie

Décembre 2017

## FILIÈRE DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2017

### **DIRECTEUR DES SOINS ET COMMUNAUTÉ MÉDICALE**

TRAVAILLER ENSEMBLE POUR UN FONCTIONNEMENT EFFICIENT DE L'ÉTABLISSEMENT

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : PARIS 7 – Denis DIDEROT

#### **Résumé :**

Les évolutions de l'hôpital conduisent ses dirigeants à procéder à des réorganisations au gré des textes ou incitations politiques. Le pilotage des établissements de santé et la recherche d'un fonctionnement efficient sont donc des enjeux majeurs.

Ce mémoire professionnel s'est intéressé au travail en commun entre le directeur des soins et la communauté médicale.

Après une étude relative à l'évolution de l'hôpital, nous avons décrit la place du directeur des soins et de la communauté médicale dans le paysage hospitalier.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux concepts de collaboration, de co-construction et de management par les valeurs comme éclairage conceptuel du sujet.

L'enquête de terrain nous a permis de répondre à notre questionnement de départ :

#### **En quoi la collaboration du directeur des soins avec la communauté médicale contribue au pilotage médico-soignant des activités de soins ?**

Les professionnels interrogés ont pu apporter leur expérience professionnelle comme complément aux concepts étudiés.

Les préconisations issues du cadre conceptuel et des entretiens semi-directifs nous ont conduit à décliner les conditions de mise en œuvre d'une collaboration efficace entre les acteurs pour un fonctionnement efficient de l'établissement. Elles ne sont probablement pas exhaustives mais elles constituent un socle utile à la réflexion.

Ce mémoire a pu contribuer à notre professionnalisation par la richesse des lectures et la sincérité des propos recueillis.

#### **Mots clés :**

Collaboration, co-construction, management, valeurs, pôles, directeur des soins, président de la Commission Médicale d'Établissement, communauté médicale

*L'École 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.*