

Charlotte Coll

Le directeur des soins

Sous la direction de
Monsieur Jacques Hardy

Mémoire soutenu pour l'obtention du
Master 2 Droit et politiques de santé
Promotion 2011-2012
Université Lille II



Collection Mémoires numériques de la BNDS

Les Études Hospitalières

34

Collection Mémoires Numériques de la BNDS
Collection dirigée par François VIALLA,
Directeur du Laboratoire Européen d'Études et de Recherche Droit&Santé,
Université Montpellier 1

LE DIRECTEUR DES SOINS

Achevé d'éditer en juin 2013

ISBN 978-2-84874-495-7

ISSN en cours

© Tous droits réservés

Les Études Hospitalières Édition 2013

253-255 cours du Maréchal-Gallieni • 33000 Bordeaux

Tél. 05 56 98 85 79 • Fax 05 56 96 88 79

www.leh.fr

**Consultation du catalogue et commande en ligne sur
www.bnds.fr**

Note de l'éditeur :

Ce mémoire, fruit d'un travail universitaire remarqué, est publié en l'état, après avoir été dûment corrigé et mis à jour par l'auteur, suite aux suggestions du jury de mémoire.

© Les Études Hospitalières Édition 2013

Université Lille II
Master 2 Droit et politiques de santé
Année universitaire 2011/2012

LE DIRECTEUR DES SOINS

Mémoire présenté et soutenu par
Charlotte Coll

Sous la direction de Monsieur Jacques Hardy

L'université n'entend donner aucune approbation, ni improbation au contenu des mémoires. Les opinions émises doivent être considérées comme propres à leur auteur.

SOMMAIRE

Remerciements	7
Abréviations	8
Introduction	9
Première partie : Le Directeur des soins : un manager de la politique des soins	13
Chapitre 1. Le management à travers la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	15
<i>Section 1. Le DS fédérateur des différents acteurs de l'hôpital dans la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des conditions d'accueil des usagers</i>	15
§ 1. Un travail en collaboration avec les instances décisionnelles de l'hôpital	15
§ 2. La participation des organes à compétences spécifiques et des groupes de travail, le choix d'un management intégré	18
<i>Section 2. Le rôle du Directeur des soins dans la mise en œuvre et le suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins</i>	20
§ 1. Le DS, interlocuteur privilégié de la direction de la Qualité et de la Gestion des risques	20
§ 2. La procédure de certification : évaluer la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la démarche de qualité et la sécurité des soins	21
Chapitre 2. La place du DS dans la politique des ressources humaines paramédicales	25
<i>Section 1. La nécessaire collaboration avec la Direction en charge des Ressources Humaines</i>	25
§ 1. Un rôle primordial dans la gestion des ressources paramédicales au quotidien	25
§ 2. Une participation active à la gestion anticipée des besoins en Ressources Humaines au travers de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences	28
<i>Section 2. Une gestion de l'humain face au syndrome d'épuisement professionnel</i>	31
§ 1. Les causes de la montée de l'épuisement professionnel et du stress au travail	31
§ 2. Un management de proximité pour prévenir et mieux prendre en charge le « burn out »	33
Seconde partie : Le Directeur des soins : une place nouvelle dans l'établissement	35
Chapitre 1. Les différentes réformes : une répercussion importante sur la place du Directeur des soins	37
<i>Section 1. De l'Infirmier général au Directeur des soins</i>	37
§ 1. La nécessité d'un interlocuteur au niveau de la hiérarchie des services de soins	37
§ 2. Une reconnaissance tardive des fonctions de Directeur des soins : le décret du 19 avril 2002	38
<i>Section 2. Un rôle plus stratégique insufflé par la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire du 21 juillet 2009</i>	41
§ 1. Le Directeur des soins, membre de droit du Directoire	41
§ 2. Le Directeur des Soins au sein de l'équipe de direction	42
Chapitre 2. Le DS : supérieur hiérarchique des personnels paramédicaux	45
<i>Section 1. Un « partage » de compétence avec le chef de pôle</i>	45
§ 1. Le rôle et la place du DS dans l'organisation en pôle	45

§ 2. La gestion du pôle : entre autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle	47
<i>Section 2. La collaboration avec les cadres supérieurs et les cadres de santé, relais essentiels entre le DS et les personnels paramédicaux</i>	49
§ 1. La place des cadres dans le processus de décision stratégique et opérationnel	50
§ 2. Un management par projet permettant de rendre le pôle plus dynamique	52
Conclusion	55
Bibliographie	57
<i>Documents officiels</i>	57
<i>Ouvrages</i>	58
<i>Articles</i>	58
<i>Sites internet</i>	62

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à Monsieur HARDY, Professeur agrégé des facultés de droit, Professeur de droit public, directeur de ce mémoire, pour ses conseils, pour m'avoir éclairée dans mes hésitations et orientée dans mes objectifs.

Mes remerciements s'adressent également à Monsieur BATELI, Directeur des soins au Centre Hospitalier de Douai, Madame DERUY, Directrice des soins au Centre Hospitalier de Bailleul et Monsieur MESSIEN, Directeur des soins au Centre Hospitalier de Roubaix pour le temps qu'ils m'ont accordé afin de me faire partager leur expérience de terrain et répondu à mes interrogations.

Enfin je remercie Madame DELMOTTE, ma maitre de stage, Directrice de la Stratégie et des Coopérations au Centre Hospitalier D'Armentières, Madame TOULEMONDE, Secrétaire Générale, Directrice référent du pôle gériatrie pour leur soutien et leurs conseils.

Je remercie pour les mêmes raisons mes collègues de stage, Madame BERROYEZ et Mme MOREL.

ABREVIATIONS

AFDS	Association Française des Directeurs des soins
ANIG	Association Nationale des infirmiers généraux
ARS	Agence Régionale de Santé
ASH	Agent de Service Hospitalier
CE	Conseil exécutif
CGS	Coordonnateur général des soins
CLAN	Comité de liaison alimentation-nutrition
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CMC	Commission médicale consultative
CME	Commission médicale d'établissement
CNG	Centre National de Gestion
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CTE	comité technique d'établissement
CS	conseil de surveillance
CSIRMT	commission de soins infirmiers, de rééducations et médico-techniques
DH	Directeur d'hôpital
DQ	Direction de la qualité
DRH	Direction des ressources humaines
DS	Directeur des soins
D3S	Directeur d'Etablissement sanitaire, social, médico-social
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
FHF	Fédération Hospitalière de France
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GPMC	Gestion prévisionnelles des métiers et des compétences
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IG	Infirmier Général
RH	Ressources humaines
RPS	Risques psychosociaux
SEP	Syndrome d'épuisement professionnel

INTRODUCTION

Les professionnels paramédicaux représentent en moyenne 75% de l'effectif global d'un hôpital ce qui correspond au trois quart de l'effectif total. Ils constituent une ressource essentielle au bon fonctionnement de l'hôpital puisqu'en effet, « ce qui fait l'hôpital sa force, sa compétence, la pertinence de son offre de soins, ses projets, sa dynamique, ce sont les hospitaliers »¹. Néanmoins, la place qu'ils occupent au sein de l'hôpital est différente, de par leurs fonctions et de par la place que chacun occupe au sein de la hiérarchie. En effet, on retrouve dans cette catégorie une grande diversité de métiers comme les agents de service hospitalier (ASH), les aide-soignant(e)s, l'infirmier(e)s, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, ou les manipulateurs en radiologie. Une hiérarchie y est instituée, démarrant au grade d'ASH, d'AS, d'infirmier(e) diplômé(e) d'Etat (IDE), de cadre de santé, de cadre supérieur de santé jusqu'au Directeur des soins (DS).

Un Directeur est une personne qui dirige, qui est chargé d'administrer, qui a des pouvoirs et qui doit faire preuve à ce titre de compétence managériale pour coordonner les opérations et atteindre les objectifs visés. Le Directeur des soins en tant que directeur est chargé de « coordonner l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et d'en assurer l'animation et l'encadrement »². Il est donc responsable de l'organisation des soins, et doit à ce titre développer un mode de management lui permettant d'assurer ses responsabilités.

La fonction du DS est reconnue par le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière et par le Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant celui du 19 avril 2002.

Par ailleurs, Il est recruté par voie de concours. Pour le concours externe, il doit être titulaire du diplôme de cadre de santé ayant exercé l'une des professions infirmière, de rééducation ou médico-technique pendant au moins dix ans, dont cinq ans d'équivalent temps plein en qualité de cadre pour pouvoir accéder au concours. Pour ce qui est du concours interne, il doit être cadre supérieur de santé ou cadre de santé en activité, en détachement, en congé parental ou accomplissant le service national et comptant, au 1^{er} janvier de l'année du concours, au moins cinq ans de service effectif dans ce grade³.

¹ Pierre Canouï, Aline Mauranges, « Le burn out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants », Masson, 4^{ème} édition, 2008

² Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

³ Site internet du CNG

Le DS peut ainsi, exercer ses fonctions dans un institut de formation paramédicale. Il est à ce titre chargé de concevoir le projet pédagogique, en piloter sa mise en œuvre, et d'organiser et évaluer l'enseignement. Il est placé sous l'autorité du chef d'établissement de rattachement de l'institut de formation, participe à la gestion administrative et financière de l'institut et assure l'autorité hiérarchique sur le personnel affecté à l'institut.

Il peut également exercer des fonctions de conseiller technique ou pédagogique au sein des ARS ou de la DGOS.

Enfin, il a la possibilité d'exercer ses fonctions au sein d'un hôpital.

Toutefois, dans cette démonstration, nous ne traiterons que du statut et de la position du DS au sein de l'hôpital.

En effet, le choix du sujet a été motivé par la volonté de se pencher sur les différences de positions et les problèmes de communication entre la sphère administrative d'une part et la sphère médicale et soignante d'autre part. Lors d'une expérience professionnelle au sein même d'un Centre Hospitalier à l'approche des périodes estivales, les soignants avaient le sentiment que les besoins en effectifs n'allaient pas être pris en compte par la Direction des Ressources Humaines. Une crainte se faisait alors ressentir quant à l'organisation à venir. Ainsi, ma curiosité s'est portée sur le DS, acteur situé au cœur de ces trois dimensions.

Force est de constater que, depuis plusieurs années, l'hôpital est touché par des réformes successives, bouleversant son organisation et son fonctionnement. Il s'inscrit dans un contexte de réforme et de crise à la fois sur le plan économique, organisationnel, éthique et moral.

Les dépenses publiques de santé absorbent une part importante du budget de l'État, trois quarts des dépenses afférentes aux soins de santé et à la prise en charge de longue durée des personnes âgées sont financés par le secteur public.

L'hôpital est donc en constante mutation parce qu'il doit incessamment s'adapter à cette donnée économique. Face à cela les gouvernements entrent dans une volonté de soigner mieux en dépensant moins. Nous sommes donc dans un contexte de récession budgétaire.

Parallèlement, les pouvoirs publics souhaitent développer la politique de qualité des soins, de la sécurité et de la qualité de la prise en charge. Cependant, même si des améliorations sont à noter, la situation budgétaire ne permet pas aujourd'hui d'avoir des moyens illimités pour toujours améliorer la qualité des soins.

En outre, les comportements des patients appelés également « les usagers de la santé » changent. Ils deviennent plus exigeants et portent un regard actif sur le système de santé. L'hôpital doit ainsi faire face à cette nouvelle pression. Ces derniers revendiquent aussi de

plus en plus leurs droits, ce qui entraîne une multiplication des plaintes, et donc un engagement accru de la responsabilité de l'hôpital.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, plus communément appelée HPST tente de s'adapter au contexte actuel, et la question de la maîtrise des dépenses de santé, et plus particulièrement celle des finances hospitalières, constitue une priorité. Cette loi s'inscrit dans la continuité des différentes réformes successives.

Elle aura cependant marqué une nouvelle réforme de la gouvernance des établissements de santé quatre ans seulement après l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005. La nouvelle gouvernance poursuit donc le développement de la mise en place des pôles d'activité. Elle vise à « redonner aux acteurs de terrain la possibilité de décider et de s'organiser sur une base contractuelle, afin de faciliter le parcours du patient »⁴. Cette réforme bouleverse l'organisation de l'hôpital, et le directeur des soins, au même titre que chacun des acteurs de l'hôpital, a dû trouver sa place au sein de cette nouvelle organisation.

La loi HPST modifie donc le fonctionnement interne des hôpitaux, mais renouvelle également l'organisation du système de santé lui-même. L'hôpital est à ce titre davantage encadré par l'Agence Régionale de Santé, qui tente de réguler au mieux l'offre de soins par territoire de santé, afin de mieux répondre aux besoins de santé. L'hôpital doit donc aussi s'adapter au nouveau contexte extérieur qui l'entoure et travailler en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs de santé.

Nous nous demanderons donc dans quelle mesure « la réforme hospitalière » insufflée par la loi HPST donne-t-elle au Directeur des soins un rôle important ?

Plusieurs sous questions et hypothèses peuvent être avancées. Tout d'abord il est judicieux de se demander comment le DS intervient dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de la prise en charge des usagers. En effet, l'objectif premier des établissements de santé est d'apporter aux patients des soins de qualité en toute sécurité.

En outre, et avec le développement des pôles et de la contractualisation, le DS, supérieur hiérarchique des soignant garde-t-il la même position vis-à-vis du personnel paramédical ? Comment s'est-il alors intégré dans la nouvelle organisation de l'hôpital et auprès des acteurs qui l'entoure ?

Enfin, comment le DS, gère-t-il l'ensemble des personnels paramédicaux au quotidien, et comment les mobilisent-ils ?

⁴ « Les directeurs des soins et la conduite du changement : parier sur l'engagement professionnels » Site internet de la FHF

Ainsi, en plus d'avoir un rôle central dans le management de la politique des soins (Partie 1), le Directeur des soins occupe une place nouvelle dans l'établissement (Partie 2).

PREMIERE PARTIE

LE DIRECTEUR DES SOINS : UN MANAGER DE LA POLITIQUE DES SOINS

Le Directeur des soins (DS) occupe une place toute particulière au sein de l'hôpital. En effet, il est en interface avec les sphères médicale, soignante et administrative, l'ensemble des acteurs de l'hôpital étant concerné par le contexte actuel, d'efficience, de qualité, de maîtrise des coûts et de transversalité. « Le Directeur des soins est donc garant, avec les autres directions de la cohérence institutionnelle, de l'état financier de l'institution, d'une juste répartition entre les pôles, et de la qualité et de la sécurité des soins en termes de réponse aux besoins de santé »⁵. Il interviendra donc en collaboration avec l'ensemble des directions de l'hôpital. Cependant, même s'il est amené à travailler avec chacune d'elles, il noue, de par ses fonctions, ses prérogatives et ses responsabilités en matière de qualité de prise en charge des patients et en matière d'affectation des ressources, un lien plus étroit avec deux d'entre elles, à savoir la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la Direction de la Qualité (DQ). Nous verrons donc dans un premier temps le rôle du DS en matière de qualité et de sécurité des soins (Chapitre 1), puis sa place dans la gestion des RH paramédicales (Chapitre 2)

⁵ Scherb (B.) « Nouvelle gouvernance : quelles évolutions pour demain ? » Les cahiers hospitaliers, septembre 2009, page 21.

CHAPITRE 1.

LE MANAGEMENT A TRAVERS LA POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

« Le titre 2 de la loi HPST porte l'ambition de la qualité des soins pour l'ensemble des professionnels de santé. En ce qui concerne les établissements publics de santé, la loi HPST poursuit l'action engagée par la loi du 31 juillet 1991 relayée par l'ordonnance du 24 avril 1996, puis par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. La loi HPST clarifie les compétences en la matière tout en laissant aux établissements une liberté d'organisation interne »⁶. « La qualité des soins constitue la première attente des usagers »⁷, il faut donc pouvoir poursuivre l'objectif premier d'un établissement de santé à savoir, apporter au patient, de plus en plus exigeant, des soins de qualité et répondre à ses attentes. La qualité constitue à la fois une « culture d'établissement, une politique et une philosophie de soins et une démarche éducative »⁸.

SECTION 1. LE DS FEDERATEUR DES DIFFERENTS ACTEURS DE L'HOPITAL DANS LA DEFINITION DE LA POLITIQUE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS ET DES CONDITIONS D'ACCUEIL DES USAGERS

En matière de définition de la politique de qualité et de sécurité des soins, le DS joue un rôle de fédérateur de l'ensemble des acteurs et des instances de l'établissement dans la détermination des objectifs de qualité et de sécurité des soins.

§ 1. UN TRAVAIL EN COLLABORATION AVEC LES INSTANCES DECISIONNELLES DE L'HOPITAL

La loi HPST détermine clairement les compétences de chacun en matière de qualité et de sécurité des soins. Le Directeur d'hôpital et le Président de la CME sont conjointement chargés de la politique d'amélioration de la qualité de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. La loi HPST a également « placé la

⁶ Guide, « la loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre », 10 novembre 2010, Ministère en charge de la Santé

⁷ Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité

⁸ Rencontre HAS 2011, 17 et 18 novembre – Centre des Congrès à Lyon.

CME au cœur de la stratégie et de l'élaboration de la qualité et de la sécurité de soins »⁹. Celle-ci, en plus de contribuer à l'élaboration de la politique en ce qui concerne par exemple les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ou à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, propose au Directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Cette organisation impose donc une vision médico-administrative dans laquelle l'ensemble des acteurs sont concernés, ce qui révèle clairement la volonté d'une alliance médico-administrative dans la stratégie de l'établissement.

Il faut aussi noter que le Comité Technique d'Etablissement (CTE) émet un avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que le Conseil de Surveillance (CS).

Le DS, en tant que Président de la CSIRMT, participe directement à la politique de d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liées aux soins. Dans la mesure où cette dernière est obligatoirement consultée à ce sujet. Comme le souligne M. Batéli, Directeur des soins au Centre Hospitalier de Douai « en matière de qualité, il est évident que nous sommes plusieurs contributeurs, et que nous, DS, intervenons dans des champs communs à la CME ». Cependant les personnels soignants regrettent le manque de coordination avec la CME sur le volet qualité et sécurité des soins, et évaluation des pratiques¹⁰, il serait alors, comme le souligne le rapport « plus pertinent d'encourager les deux instances à rapprocher leur travaux »¹¹

L'accompagnement de ces réorganisations dans la participation à la qualité des soins « nécessite une approche plus innovante et participative »¹² de la part de l'ensemble des acteurs de l'hôpital. Le DS dans cette démarche, joue un rôle considérable dans la position d'interface qu'il occupe. En effet, son accompagnement dans la politique d'amélioration continue de qualité et de la sécurité des soins, et la mise à disposition de ses compétences, facilite la mise en place d'outils de pilotage et de groupes de travail dans lesquels il a toute sa place. L'hôpital dans son ensemble étant concerné par la démarche qualité, il coopère à la fois, avec les équipes paramédicales, en tant que supérieur hiérarchique, à la fois avec la sphère médicale, dans leur représentation dans les instances ou directement au travers du pôle, et enfin avec l'ensemble des directions fonctionnelles de l'établissement. Il contribue par ses liens à une implication plus forte des professionnels, et dans cette « recherche d'efficience des organisations, le DS est chargé de rendre compatible le développement de la performance et

⁹ Benzaken (S.), Dugué (F.), Perier (N.) « Qualité-sécurité des soins en CHU, gouvernance, CME état des lieux et perspectives » revue hospitalière de France, n° 538, janvier-février 2011, pages 48 à 53.

¹⁰ Fellingier (F), Boiron (F), « Rapport mission Hôpital Public », Ministère du travail, de la santé et de l'emploi, Juin 2011- janvier 2012

¹¹ Fellingier (F), Boiron (F), « Rapport mission Hôpital Public », Ministère du travail, de la santé et de l'emploi, Juin 2011- janvier 2012

¹² « Les directeurs des soins et la conduite du changement : parier sur l'engagement professionnels » Site internet de la FHF

l'amélioration de la sécurité des soins dans le cadre de la coordination des soins »¹³. En effet, dans la démarche de qualité, et de sécurité, le DS veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients, éléments gageant de la qualité de la prise en charge des usagers. Néanmoins, le rôle du DS en sa qualité de fédérateur des professionnels de soins aura toute son importance. Comme le souligne Monsieur Messien, DS au Centre Hospitalier de Roubaix « nous estimons être les garants de la qualité, nous sommes les remparts et les protecteurs du patient ». Cependant le rôle du DS en tant que fédérateur des acteurs en matière de qualité et de sécurité des soins pourra être à l'avenir atténué, puisque les déclinaisons récentes de la loi HPST prévoient la nomination d'un coordonnateur des risques dans le but de s'orienter vers « une instance unique et centralisée de gouvernance et de coordination stratégique, avec une forte implication médicale »¹⁴.

Néanmoins, il ne faut pas négliger la place qu'occupe et qu'occupera le projet de soins

infirmiers, de rééducation et médico techniques dans la politique de qualité des soins. Celui-ci est élaboré par le Coordonnateur général des soins, la CSIRMT étant également consultée sur ce projet. En effet, le décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière dans son alinéa 2 article 4 précise que le directeur des soins « élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité »¹⁵. « Le projet de soins est un outil de formalisation des orientations et objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de pratiques cliniques, d'organisation de formation et de recherche. Il donne du sens à l'action ».¹⁶ Il est donc un important pour la stratégie de l'établissement dans la mesure où il est élaboré à partir du projet d'établissement et en constitue un élément à part entière. Ce dernier définit la politique générale de l'établissement et il est déterminé sur la base du projet médical. Le projet de soins et le projet médical ont donc des champs en commun. C'est grâce à la CSIRMT et à l'équipe d'encadrement qu'il relaye l'information au sein des pôles à l'ensemble de l'équipe médicale et soignante. Il faut enfin noter que celui-ci fait désormais l'objet de validation par le DS certes mais en lien avec les autres directions et la communauté médicale et plus particulièrement les médecins chefs de pôles¹⁷. Ce qui démontre bien le rôle d'interface que doit jouer le DS dans ses relations avec les autres acteurs de l'établissement.

Le DS intervient dans de nombreux champs en commun avec les différentes instances en matière de qualité et de sécurité des soins car l'ensemble des acteurs de l'établissement sont

¹³ « Les directeurs des soins et la conduite du changement : parier sur l'engagement professionnels » Site internet de la FHF

¹⁴ Amalberti (R.), « LA gestion des risques à l'hôpital », Les cahiers hospitaliers, Janvier 2012, pages 19 à 21.

¹⁵ Guide, « la loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre », 10 novembre 2010, Ministère en charge de la Santé

¹⁶ Guide ARHIF « projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, guide d'élaboration et d'évaluation, décembre 2006

¹⁷ Scherb (B.) « Nouvelle gouvernance : quelles évolutions pour demain ? » Les cahiers hospitaliers, septembre 2009, pages 19 à 21.

concernés par cette politique de qualité. Cependant la qualité est un terme général qui regroupe un ensemble de questions spécifiques, gérées par des instances spécifiques, autrefois qualifiées de sous-commissions de la CME, ou gérées par des groupes de travail impliquant plusieurs types de professionnels et dans lesquels le DS a sa place de droit. Il convient ici encore pour le DS de fédérer l'ensemble des acteurs à des degrés différents dans la qualité des soins.

§ 2. LA PARTICIPATION DES ORGANES A COMPETENCES SPECIFIQUES ET DES GROUPES DE TRAVAIL, LE CHOIX D'UN MANAGEMENT INTEGRE

Les grandes lignes de la politique de la qualité sont déterminées, comme il a été développé précédemment, au cœur des instances décisionnelles de l'hôpital. Elles se retrouvent donc au sein du projet d'établissement, du projet médical ainsi que du projet de soins infirmier de rééducation et médico-technique. La démarche concerne la qualité et la sécurité des soins, dans cette optique la gestion des risques prend toute sa place. Il faut donc pouvoir intervenir sur la gestion des infections nosocomiales ou iatrogènes, notamment par l'intermédiaire de l'instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales, anciennement qualifiée de CLIN. Ce comité tient un rôle essentiel au sein du dispositif de gestion des risques. Il en est de même pour une instance comme le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) qui lui œuvre essentiellement dans un objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Cependant, il ne faut pas réduire le concept de qualité à celui de qualité des soins, puisque le Comité de liaison alimentation-nutrition (CLAN) a toute son importance en matière de qualité. Celui-ci veille à l'état nutritionnel sur l'état de santé du patient. En effet, en matière de qualité, il faut noter que l'établissement sera tout aussi attentif à la qualité des repas ou la qualité de l'hôtellerie. Comme le souligne Monsieur Messien, les critiques principalement émises par les patients lors des enquêtes de satisfaction portent sur la qualité des repas, l'hôtellerie, l'attente pour être pris en charge, et l'accès en voiture. Les patients n'ont pas forcément les compétences pour juger de la qualité du soin en tant que tel. Il convient donc de renouveler les enquêtes de satisfaction des patients pour relever les points à améliorer.

Au même titre, la direction des soins, dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité doit prendre en compte les avis de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Celle-ci est obligatoirement consultée en matière de détermination de la politique de qualité et de sécurité des soins.

En outre, il faut noter que des groupes de travail spécifiques participent également à la détermination de la politique Qualité. Le DS a la possibilité d'intervenir dans l'ensemble de ces sous-commissions de la CME et dans l'ensemble de ces groupes. A titre d'exemple Monsieur Batéli explique qu'il est membre de droit du groupe de travail sur le dossier patient, sur l'identitovigilance, des sous commissions des EPP ou celle des vigilances sanitaires, comme il

le souligne « en tant que DS on peut être dans tous les dossiers ». Le DS, en sa qualité de fédérateur des professionnels de l'hôpital, pourra alors placer à la tête de groupes de travail en lien avec la démarche Qualité – Sécurité – Gestion des risques, des cadres supérieurs de santé ou des cadres de santé. Il sera alors possible d'exploiter les compétences personnelles, issues de trajectoires propres de certains cadres au service d'une mission en rapport avec la qualité et la sécurité des soins. Les médecins, certains membres du personnel administratif mais également le personnel paramédical participent à ces réflexions. « La participation de personnels des différentes unités de soins facilite les échanges et favorise un espace d'expression transversal à l'établissement »¹⁸.

La notion de management intégré prend toute sa place dans ce contexte. Celle-ci porte sur un ensemble de domaine comme la qualité, l'environnement, la santé au travail et les ressources humaines. Elle lie ici à la fois la qualité, les risques et l'évaluation. En effet, « la gestion du risque doit être une option stratégique formulée dans le cadre d'un projet global »¹⁹, elle doit donc certes apparaître dans le projet d'établissement, mais elle doit pouvoir se décliner en autant de questions spécifiques qu'il faudra alors traiter. On passe alors « d'une intégration institutionnelle qui se traduit ensuite par une intégration opérationnelle »²⁰. L'information des personnels, par le biais de leur implication dans la prise de décisions, mais également par le biais de formation ou de réunions d'informations, semble être primordiale pour mener les projets à bien et pour la cohérence de ceux-ci. Il faut en effet « fédérer les agents autour des valeurs communes issues du service public pour donner du sens aux actions »²¹. Il faut donc pouvoir dans un premier temps cartographier les risques liés aux soins. Cette cartographie permettra dans le futur de limiter les risques car une fois identifiés, il est possible de trouver des solutions, des organisations qui permettent de les éviter, ou de rapidement, les traiter ou y remédier. Et c'est par le biais d'un choix de management intégré que ces questions pourront être réglées. En effet, pour mobiliser et motiver les agents, des outils de management tels de « la reconnaissance, l'intérêt au travail, l'évolution professionnelle, la rémunération, la qualité des conditions de travail, un encadrement à l'écoute et qui donne un sens aux mots »²² semblent essentiels pour parvenir aux objectifs de qualité.

¹⁸ Gayte (C.) « Qualité-sécurité des soins et bientraitance : démarche d'un hôpital de proximité » revue hospitalière de France, n°538, janvier-février 2011, page 54.

¹⁹ Morice (Y.) « principes de management intégré des risques en établissement de santé » Site internet Santé.gouv

²⁰ Morice (Y.) « principes de management intégré des risques en établissement de santé » Site internet Santé.gouv

²¹ Morice (Y.) « principes de management intégré des risques en établissement de santé » Site internet Santé.gouv

²² Rencontre HAS 2011, 17 et 18 novembre – Centre des Congrès à Lyon.

« La coordination médico-soignante et sa capacité à réagir conditionnent la performance d'une équipe dans la gestion des risques liés aux soins »²³. Il faut cependant ajouter que la Direction de la Qualité intervient également en matière de politique de qualité et de sécurité des soins.

SECTION 2. LE ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS DANS LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI DE LA POLITIQUE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

En matière de mise en œuvre et de suivi de la politique de qualité et de sécurité des soins, le DS travaille en étroite collaboration avec la Direction de la qualité (Paragraphe 1). Il a également son rôle à jouer dans les démarches de certification, qui mobilise l'ensemble de l'établissement (Paragraphe 2).

§ 1. LE DS, INTERLOCUTEUR PRIVILEGIE DE LA DIRECTION DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES

Le DS participe, avec le directeur chargé de la qualité et de la gestion des risques, certes à la conception, mais également à la conduite et à l'évaluation du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.²⁴ Il faut préciser que certains DS assument à la fois la direction des soins et la direction de la qualité dans certains établissements. Ce scénario se retrouve le plus souvent dans les plus petits établissements. Cela démontre bel et bien les liens que ces deux directions peuvent avoir dans de nombreux domaines.

La direction Qualité doit être appréhendée de manière plus large que la direction des soins. En effet, la direction de la qualité concerne l'ensemble des processus centrés sur le patient, la direction des soins est concernée par la qualité mais uniquement sur le volet paramédical. Cependant, il est évident que ce volet occupe une place primordiale dans la mise en place des objectifs de qualité car il faut le rappeler, le personnel soignant constitue en moyenne les trois quarts de l'ensemble du personnel dans un établissement de santé. La direction Qualité gère donc le pilotage de la dynamique, la direction des soins étant alors un fort contributeur dans la mise en œuvre de la politique au quotidien par les équipes de professionnels. Néanmoins, certains DS sont réticents quant à l'intervention de la direction de la qualité sur les axes à fixer aux soignants.

Un réel travail de collaboration s'impose entre la direction de la qualité et la direction des soins, mais celle-ci ne peut s'effectuer sans négociation. Nous le développerons au fur et à

²³ Morice (Y.) « principes de management intégré des risques en établissement de santé » Site internet Santé.gouv

²⁴ Référentiel métier de Directeur(trice) des soins en établissement et en institut de formation, mars 2010.

mesure de la démonstration mais le DS, dans ses rapports avec les autres acteurs de l'établissement, et ici il est question de ses rapports avec une direction fonctionnelle, négocie avec chacun d'eux ce qu'il estime juste et nécessaire. Il a des besoins et tente d'y parvenir en faisant adhérer son interlocuteur aux projets qu'il entend mener.

Le DS doit donc travailler en interface avec l'ensemble des acteurs. Les grands dysfonctionnements en matière de qualité se retrouvent dans les interfaces. En effet, le patient est rarement pris en charge par une seule et même équipe, ils traversent dans 80% des cas plusieurs pôles pour sa prise en charge. Le travail de coordination générale des soins assuré et assumé par un DS est de travailler sur l'ensemble de ces interfaces. En effet, comme le souligne Monsieur Batéli, « certains services n'ont pas d'intérêt à travailler avec le service d'à côté, alors qu'en réalité il faut pouvoir travailler tous ensemble dans l'intérêt du service mais surtout dans l'intérêt du patient ». Le DS, est donc plus à même de veiller à la bonne application de la politique de qualité et de sécurité des soins, étant directement confrontés de par ses fonctions à la sphère soignante.

Il lui sera alors possible de se faire aider par des cadres détachés en mission transversale. Il est de plus en plus courant pour le DS de détacher l'un de ses cadres en missions transversale, notamment sur les missions liées à la qualité et à la gestion des risques. Ceux-ci peuvent être directement rattachés à la direction de la qualité ou rester rattachés à la direction des soins. Ils peuvent l'être à temps plein ou ponctuellement pour des missions ou des projets précis, comme il a été développé dans l'organisation des groupes de travail, ils peuvent alors être en mission transversale sur la gestion des risques ou encore sur le développement de la communication. Le cadre qui est détaché en mission transversale sur la qualité, comme c'est le cas à la fois au CH de Roubaix mais également au CH de Douai permettra de faire le lien entre la sphère médicale, la direction de la qualité et la direction des soins.

La direction des soins et la direction Qualité travaillent donc en étroite collaboration en matière de qualité et de sécurité des soins. Le DS, dans son rôle d'interface entre les acteurs, tous concernés par les objectifs de qualité et de sécurité des soins, constituera pour la direction de la qualité un interlocuteur privilégié, puisqu'ils interviennent tous deux dans des domaines similaires. Néanmoins, la procédure de certification constitue un moment phare de l'hôpital nécessitant une collaboration renforcée entre les deux directions pour en garantir la réussite.

§ 2. LA PROCEDURE DE CERTIFICATION : EVALUER LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA DEMARCHE DE QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

Le DS participe aux procédures de certification et d'accréditation de l'établissement et mobilise à ce titre l'ensemble des professionnels. En effet, il faut le préciser la procédure de certification menée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en lien avec l'Agence Régionale de

Santé (ARS) « entraîne une mobilisation des énergies au sein des établissements de santé »²⁵ Dans ses fonctions, le DS en coordonne la mise en œuvre et l'évaluation. Il veille à la continuité des soins gageant la qualité et veille également à la cohérence des parcours de soins des patients. Autant d'éléments qui entrent dans le cadre de la certification. Il faut pouvoir faire de la certification un outil de management, permettant alors de mobiliser l'ensemble des acteurs de l'hôpital dans cette démarche. Il faut en effet « valoriser l'intelligence professionnelle »²⁶ au service de cette démarche. Ici encore, le DS joue un rôle prépondérant puisque la manière de manager ses équipes, de les intégrer au projet, aura un impact sur la procédure de certification. Le développement et la diffusion de la démarche qualité repose sur l'intégration de l'ensemble des acteurs de l'établissement, c'est cette implication pluridisciplinaire qui donnera tout son sens à la mise en œuvre de la politique de qualité et de sécurité et donc au respect des objectifs à suivre suite à la procédure de certification.

Néanmoins, dans un contexte de plus en plus concurrentiel entre la sphère privée et la sphère publique, mais également entre les établissements publics de santé eux-mêmes, il ne faut pas écarter la qualité de son approche financière. Comme le souligne Monsieur Messien « je vais être caricatural mais un hôpital vit par le nombre de soins produits (...) il faut donc pouvoir faire le mieux possible avec tous les moyens possibles ». L'obligation de moyens semble essentielle pour garantir le niveau de qualité requis. Les résultats de la certification sont d'ores et déjà consultables pour l'ensemble des établissements de santé, via l'innovation de l'application « SARA ». En outre un baromètre des résultats de la certification ainsi que des critères impactés par des décisions sont publiés par la HAS chaque trimestre dans une lettre d'information consultable²⁷. Il est envisagé dans un futur proche que les patients puissent avoir connaissance des résultats de chaque établissement en matière de qualité des soins et pourront donc se baser sur ceux-ci pour le choix d'une prise en charge. L'enjeu étant alors de définir un système d'information partagé consultable à la fois par « les usagers, par les professionnels de santé des établissements et des institutions de santé et par les tutelles »²⁸

Pour cela, le ministère de la santé et la HAS ont développé une série d'indicateurs que les établissements doivent remplir afin d'obtenir la certification. Il s'agit de déterminer un outil de mesure cohérent et applicable à l'ensemble des établissements. La certification est installée dans le paysage hospitalier depuis plus de dix ans, mais c'est sur la base de la procédure de certification V2010 instaurée depuis le 1^{er} octobre 2011, qui fait suite à la version de juin 2009, que les établissements sont examinés. L'objectif est d'évaluer qualité et sécurité au cœur des établissements et leur permettre donc de se situer dans l'espace, en se comparant à

²⁵ Depaigne-Loth (A.), « La certification des établissements de santé : quels impacts ? » Les cahiers hospitaliers, janvier 2012, page 14.

²⁶ Rencontre HAS 2011, 17 et 18 novembre – Centre des Congrès à Lyon.

²⁷ Bérard (F.), « V2010 : nouveautés et chiffres clés », Les cahiers hospitaliers, janvier 2012, pages 12 et 13.

²⁸ Guide, « la loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre », 10 novembre 2010, Ministère en charge de la Santé

d'autres établissements, mais également dans le temps²⁹ par rapport à leur propres résultats et aux objectifs à atteindre. Cette évaluation est tout d'abord menée par l'établissement qui, sur la base des indicateurs publiés par la HAS, s'auto-évaluera afin de déterminer son diagnostic qualité. Il en sera ensuite du ressort d'experts de valider ou non cette auto-évaluation. Le DS joue un rôle important dans ce processus d'auto-évaluation. Il travaille également dans ce cadre en équipe avec les personnels paramédicaux, les médecins et les différentes directions fonctionnelles de l'établissement.

Cependant, il faut pouvoir engager l'ensemble de l'établissement au-delà de la certification puisque suivre la politique de qualité et de sécurité des soins constitue un objectif quotidien pour l'ensemble du personnel. Les difficultés surviennent le plus souvent lors de la démarche de pérennisation et c'est également dans la durée que le management du DS doit intervenir pour maintenir les objectifs de qualité, ou pour atteindre ceux qui ne sont pas jugés acquis lors du processus de certification. Ce processus est donc continu et sans fin, puisque l'établissement devra agir pour encore et toujours faire mieux en matière de qualité et de sécurité des soins. C'est ce qui peut justifier l'utilisation du terme « amélioration continue » de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le DS participe donc à la mobilisation des équipes soignantes dans la démarche de certification car il semble essentiel de « croire à la gouvernance des équipes plus qu'aux outils et aux experts »³⁰. Il intervient en collaboration avec l'ensemble des acteurs, le travail en équipe doit donc dans ce contexte être favorisé. Il agit également sur le long terme afin de poursuivre les efforts en matière de qualité et de sécurité mais également pour maintenir les acquis.

L'Agence Française des Directeurs des soins (AFDS) déclare que « le rôle et le positionnement du DS dans la participation à la gestion du processus qualité et la gestion des risques sont reconnus comme naturels et ne posent en général pas de difficultés ». Mais le DS intervient également beaucoup dans la gestion des ressources humaines (RH), l'AFDS précise que dans le domaine des RH « les zones de conflits apparaissent plus volontiers. En effet la nouvelle gouvernance repose la question des positionnements comme le souligne encore l'AFDS.

L'autre champ essentiel d'intervention du DS est en effet celui des ressources humaines paramédicales en lien donc très étroit avec la Direction fonctionnelle en charge de ce domaine. Dans ce cadre, « le rôle des DS se comprend comme celui de garantir une juste répartition des moyens et des compétences pour assurer la sécurité et la qualité des soins »³¹

²⁹ Gardel (C.), Goubet (S.), « Indicateurs de qualité : de la génération de la mesure à la diffusion publique », Les cahiers hospitaliers, janvier 2012, pages 15 à 17.

³⁰ Rencontre HAS 2011, 17 et 18 novembre – Centre des Congrès à Lyon.

³¹ Scherb (B.) « Nouvelle gouvernance : quelles évolutions pour demain ? » Les cahiers hospitaliers, septembre 2009, pages 19 à 21.

CHAPITRE 2.

LA PLACE DU DS DANS LA POLITIQUE DES RESSOURCES HUMAINES PARAMEDICALES

Le Directeur des Soins, supérieur hiérarchique des personnels paramédicaux, développe largement ses missions dans le champ des ressources humaines (RH). Comme le précise Monsieur Batéli, « nous sommes dans notre métier en prise directe avec l'humain ». Dans ce cadre, le DS prend une part active à la gestion opérationnelle des ressources humaines nécessitant une collaboration constructive avec la Direction des Ressources Humaines (Section 1). Par ailleurs, il est aujourd'hui amené à investir dans la même dynamique, le champ de la prévention et de la gestion des risques psychosociaux (RPS) et plus particulièrement dans la prévention du syndrome d'épuisement professionnel (SEP) (Section 2).

SECTION 1. LA NECESSAIRE COLLABORATION AVEC LA DIRECTION EN CHARGE DES RESSOURCES HUMAINES

Dans le cadre des RH, le DS travaille en relation directe avec le Directeur des Ressources Humaines (DRH). Il développe avec celui-ci « l'accueil des professionnels, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, la politique de promotion professionnelle et les parcours professionnels qualifiants »³², mais il intervient également dans la gestion quotidienne des effectifs. Il participe en outre « à la définition du plan de développement professionnel continu (DPC) pour les besoins des personnels non médicaux contribuant aux activités de soins »³³. Comme le précise Monsieur Messien, « dans un hôpital, le DRH et le DS sont obligés de s'aimer », ces deux directions travaillant tout à fait en chevauchement.

§ 1. UN ROLE PRIMORDIAL DANS LA GESTION DES RESSOURCES PARAMEDICALES AU QUOTIDIEN

Même si le DS et le DRH interviennent dans des domaines similaires et en étroite collaboration, il convient de distinguer leur rôle distinct dans certaines missions communes.

Ils interviennent tous deux en ce qui concerne la gestion de carrières. Celle-ci concerne à la fois l'affectation, la mobilité d'un agent, sa stagiairisation, son renouvellement de contrat, les

³² Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, janvier 2011, page 20 et 21.

³³ Référentiel métier de Directeur (trice) des soins en établissement et en institut de formation, mars 2010.

accords en matière de temps partiel ou encore le retour de congés parentaux. Le DS travaille en collaboration avec le DRH, l'agent étant également intégré aux projets et aux prises de décisions qui le concernent lorsque le statut le prévoit. Ces éléments peuvent être abordés lors de l'entretien de notation et d'évaluation du personnel paramédical. Il faut savoir que ceux-ci sont menés par les cadres de proximité pour ensuite être validés par le DS, mais également par le DRH. En effet, dans certains établissements, le DRH co-signe les fiches de notations. Il faut noter qu'en matière de procédure disciplinaire, le DS ne dispose pas du pouvoir de sanction. Il peut solliciter le DRH pour initier la procédure et fournir l'ensemble des éléments en sa possession à savoir les comptes rendus d'entretien, les rapports à la DRH. S'il ne s'agit pas d'un avertissement ou d'un blâme, c'est ensuite le directeur d'établissement qui prend la décision, sur avis du Conseil de Discipline.

Le DS détermine les besoins en personnel notamment en établissant des maquettes de soins. Il s'agit de déterminer en fonction du nombre de lits et/ou de patients, le nombre indispensables d'agents dans chaque métier soignant. Il veille aussi à ce que dans les services où le nombre d'agents présents est normé par des conditions techniques de fonctionnement (réanimation, unité de soins intensifs cardiologiques ou neurologiques), l'effectif soit toujours en nombre suffisant. Il est cependant de plus en plus évident, que les contraintes budgétaires des établissements ne permettent pas de laisser le champ libre à une détermination outrancière des effectifs.

Il faut ajouter que les DS interviennent également dans la gestion de l'inaptitude professionnelle, une analyse de l'activité et des conditions de travail de l'agent concerné par une inaptitude professionnelle doit être réalisée, au terme de celle-ci, Le DS « en lien avec la DRH et en collaboration avec l'agent pourra élaborer une nouvelle fiche de poste adaptée tant aux besoins du service qu'aux compétences du professionnel »³⁴.

En matière de gestion du personnel, le DS affecte, il propose donc quelqu'un pour une poste, il identifie les besoins en personnel correspondant aux besoins ou pour les remplacements éventuels, et c'est au DRH de nommer au(x) poste(s) proposé(s) par le DS. Il faut tout de même préciser que si le DS n'affecte pas, le DRH ne peut pas nommer à un poste, néanmoins le Directeur général de l'établissement peut le faire. Cependant, Monsieur Messien précise que si tel était le cas, « le tribunal administratif donnerait raison au DS, car avant la nomination il faut l'affectation ». Le DRH et le DS interviennent donc en étroite collaboration en matière de recrutement et de remplacement, ainsi que pour la gestion des pools, puisque c'est au DS de répertorier les besoins et de les faire remonter à la direction des RH. Il faut noter que qu'un pool est un service de remplacement à l'hôpital, il est constitué par des personnels paramédicaux, qui interviendront sous forme de renfort dans les autres services. Le DS

³⁴ Tharel Laure, « Pour une gestion efficiente de l'inaptitude professionnelle », Les cahiers hospitaliers, juillet-août 2010, pages 8 à 10.

« organise la répartition équilibrée des ressources en personnels soignants au sein de l'établissement »³⁵. C'est donc le DRH qui délègue les moyens, « la responsabilité de la direction des soins est engagée dans l'affectation des ressources, dans la répartition des moyens »³⁶. D'où l'importance pour le DS de collaborer et de négocier avec le DRH, et là encore de le faire adhérer aux projets. En effet, comme l'explique Monsieur Batéli, « il n'est pas possible pour le DS de se présenter au DRH en demandant constamment des effectifs supplémentaires ». Le DS travaille à la vie des services, il accompagne les réflexions par service et par pôle avec les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé sur les besoins éventuels ou les modifications à apporter. Le DS analyse donc la viabilité et l'opportunité du projet, il regardera les objectifs de qualité du projet, ainsi que la conformité technique, afin que le projet ait le plus de chance d'aboutir. Il y a ensuite une négociation à avoir avec le DRH, celui-ci doit être intégré dans le projet. C'est une négociation globale puisque la DRH ne peut pas négocier avec chacun des pôles. Le DS se trouve donc à l'intersection des pôles, des besoins des soignants et de la DRH qui pourra déléguer des moyens. Il faut donc que le DS présente la chose le plus judicieusement possible, il faut pouvoir tirer les meilleurs avantages pour le pôle, mais le DS a tout de même l'obligation d'être équitable, il ne peut en effet pas approuver et porter chacun des projets, le budget n'étant pas illimité il lui faut prioriser. Monsieur Batéli souligne « qu'il lui faut donc faire des efforts de gestion pour mettre en valeur des projets, des opportunités où on aura besoin de recruter (...) mon travail est de mettre en perspective les projets pour que le DRH comprenne l'intérêt de celui-ci ». Le DRH et le DS interviennent donc dans des champs en commun, c'est certes le DRH qui accorde ou non les moyens nécessaires, mais le DS se doit de réguler l'ensemble des demandes afin que les comptes soient équilibrés.

L'hôpital étant confronté à de nouveaux défis tels que l'adaptation des organisations et de la gestion, la réforme des modes de financement, l'évolution des modes de prise en charge des patients, des techniques et des métiers, la formation est essentielle en matière de RH. Elle permet aux agents d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service rendu au patient et de favoriser le développement professionnel et personnel ainsi que la mobilité des professionnels³⁷. Elle permet donc de valoriser le métier en palliant « les déficits en compétence de base des individus, d'adapter les qualifications spécifiques des agents à leur besoin à court terme et de préparer les agents aux changements d'organisation »³⁸. La formation est certes un investissement, mais elle a incontestablement des retombées positives pour l'agent et pour l'établissement lui-même. Un

³⁵ Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, janvier 2011, page 20 et 21.

³⁶ Scherb (B.) « Nouvelle gouvernance : quelles évolutions pour demain ? » Les cahiers hospitaliers, septembre 2009, pages 20.

³⁷ Journée thématique du 22 avril 2010 : « être acteur de son entretien de formation », Chantal Deslandes, Centre INFFO, Centre de documentation.

³⁸ Fourmeaux (M.) « Comment valoriser les métiers par le prisme de la formation ? », revue hospitalière de France, n° 540, mai-juin 2011, pages 14 et 15.

agent qui peut bénéficier de formation se sentira valoriser dans son métier, et son travail sera de meilleure qualité. En effet, la formation continue est un outil de management au service de la qualité et de la sécurité des soins. Le DS doit veiller à la bonne utilisation de cet outil de management. Ici encore une collaboration importante se met en place entre le DS et le DRH. Cependant en vue du montage du plan de formation de l'établissement, c'est le DS qui fixe les objectifs et les priorités de formation pour le personnel paramédical, en tenant compte des remontées des cadres supérieurs de santé et des cadres de santé sur les besoins ainsi qu'en fonction des priorités ministérielles dans son domaine de compétence. Le plan de formation ensuite élaboré par les services de la DRH, est validé par la commission de formation, une émanation du CTE pour valider et déterminer le budget alloué à la formation par rapport aux objectifs qui ont été fixés notamment par le DS.

Il faut néanmoins ajouter qu'avec la mise en place des pôles, il est prévu que le chef de pôle « organise, avec les équipes médicales, soignantes, administrative et d'encadrement du pôle, sur lesquelles, il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des RH en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures ... »³⁹. Le DS est donc à la fois en interface avec le DRH et les cadres supérieurs de santé pour la gestion des RH, mais il l'est également avec le chef de pôle.

La gestion au quotidien des RH et particulièrement la formation permettent d'améliorer les compétences des personnels paramédicaux. Néanmoins, et pour mieux répondre et prendre en compte les besoins, il apparaît important de pouvoir les anticiper au travers de la mise en place de la Gestion prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC).

§ 2. UNE PARTICIPATION ACTIVE A LA GESTION ANTICIPEE DES BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES AU TRAVERS DE LA GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS ET DES COMPETENCES

Les ressources humaines d'un établissement se gèrent principalement, de manière opérationnelle au quotidien mais également à long terme. Dans cette optique, il était donc nécessaire d'outiller les secteurs RH des établissements, l'objectif étant de « passer d'une fonction de ressources humaines fondée sur la gestion administrative (...) à une approche plus stratégique de valorisation et de reconnaissance du capital humain incontestable, qui crée la valeur indiscutable de l'hôpital »⁴⁰. La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

³⁹ Article L 6146-1 du Code de la Santé Publique

⁴⁰ Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, janvier 2011.

(GPMC) est une démarche qui permet d'anticiper et de gérer les besoins en RH afin de répondre au mieux aux besoins de prise en charge des patients.⁴¹

La GPMC, anciennement intitulée Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), a vu le jour dans les années 1970. Elle s'est ensuite développée dans le monde hospitalier notamment à partir des années 1990. Celle-ci a évolué afin de s'adapter à l'activité, elle se trouve aujourd'hui au cœur des réflexions sur la modernisation de la fonction publique. Dans le contexte actuel des choses, il faut en effet pouvoir à la fois concilier la gestion par statut, l'approche statutaire étant liée à l'histoire de la fonction publique hospitalière, mais également intégrer la gestion par métier « puissant vecteur de développement de la GRH »⁴². L'objectif de la GPMC est de gérer au sein d'un même processus l'ensemble des éléments propres à la gestion des carrières des individus à savoir la formation le recrutement, la mobilité ou encore la promotion. L'objectif étant « d'éviter à tout prix, la rupture de recrutement, ou l'affectation en sur numéraire »⁴³. En effet, « pouvoir positionner un agent au bon endroit, au bon moment, telle pourrait être la devise sous-jacente de la GPMC »⁴⁴. Les établissements peuvent alors adapter leur environnement tout en intégrant les professionnels aux changements. Elle consistera à la fois à « réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les RH (...) et réparer collectivement l'établissement et son personnel à ces évolutions »⁴⁵

Une série d'outils favorise la mise en place effective de la GPMC. Il faut savoir que le socle de départ à la GPMC fût le répertoire des métiers. Il s'agit là d'un outil au service des RH dans lequel il est possible d'identifier les métiers, de quantifier les besoins en effectif par métier, il peut aussi servir à identifier les besoins en formation. Il s'agit d'un support d'information sur les métiers, et d'un outil qui aide au management car il s'adresse à l'ensemble des professionnels⁴⁶. A partir du répertoire des métiers chaque établissement va cartographier et mettre en place des outils de gestion qualitative comme les fiches métiers et les référentiels de compétences dans lesquels seront décrites les activités exercées et les compétences requises. C'est également à l'aide d'outils d'analyse quantitative comme la pyramide des âges ou les flux d'entrée et de sorties, que pourra être mise en place la GPMC⁴⁷. LA GMPC sera alors utile au niveau collectif afin de gérer à la fois les flux de personnels en termes de recrutement, de

⁴¹ Guide ANAP « Améliorer la gestion des ressources humaines, la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil des pratiques observées »

⁴² Verrier (B.) « Du statut au métier », Les cahiers hospitaliers, Janvier 2005 page 22.

⁴³ Gugast (C.), « La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : une autre vision du statut », Les cahiers hospitaliers n° 280, juillet-août 2011.

⁴⁴ Gugast (C.), « La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : une autre vision du statut », Les cahiers hospitaliers n° 280, juillet-août 2011.

⁴⁵ Guide ANAP « Améliorer la gestion des ressources humaines, la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil des pratiques observées »

⁴⁶ Verrier (B.) « Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière : enjeux et objectifs », Les cahiers hospitaliers, Janvier 2005 pages 23 et 24.

⁴⁷ Guide ANAP « Améliorer la gestion des ressources humaines, la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil des pratiques observées »

remplacement de départ en retraite, mais elle sera également utile au niveau individuel, indiquant d'ores et déjà les besoins de formation, de mobilité. Elle pourra enfin être utilisée dans cette optique lors des évaluations. La GPMC s'adaptant donc au besoin, elle doit permettre d'aboutir à des plans de formation plus adaptée.⁴⁸

La GPMC constitue donc un enjeu à la fois individuel et à la fois collectif. Elle se met en place grâce à une implication importante des directions fonctionnelles et des pôles. Il faut noter qu'une « collaboration étroite de la direction des soins est un facteur de réussite »⁴⁹. En effet pour aboutir à sa mise en place, et établir à ce titre une cartographie des métiers, un travail partagé et collectif entre cadres soignants et non soignants, entre DRH, directions des soins et direction technique ou logistique »⁵⁰ est nécessaire.

Les soignants représentent en moyenne deux tiers de l'effectif total des établissements de santé, en raison de son poids, la figure soignante est davantage concernés par les départs ou les remplacements, en d'autres termes par les mouvements de personnels, le DS joue donc un rôle important dans la mise en œuvre de ces outils de GRH, car au même titre que les autres directions, il fixe les tendances d'évolution de l'établissement, il promeut la démarche GPMC, il prépare tous les acteurs aux enjeux de demain et il donne du sens aux actions mises en place⁵¹.

Le DS doit dans ce domaine encore être l'interlocuteur privilégié de la Direction des RH « partenaire et support de la dynamique des acteurs »⁵² ainsi qu'avec les autres direction fonctionnelles. Il collabore également avec le personnels d'encadrement à savoir les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé qui sont chargés d'accompagner directement sur le terrain les agents dans cette démarche et de faire remonter les besoins au DS.

La GPMC constitue donc pour l'établissement mais également pour le DS un outil essentiel de management et du dialogue social avec l'ensemble du personnel. Cependant il faut préciser qu'il n'y a pas de méthodologie type pour sa mise en œuvre, la communication et la collaboration semble certes essentiels néanmoins « chaque hôpital à une culture spécifique et il est essentiel de décliner localement les concepts de GPMC »⁵³

⁴⁸ Corvaisier (A.) « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC »), Les cahiers hospitaliers, novembre 2010, pages 20 et 21.

⁴⁹ Guide ANAP « Améliorer la gestion des ressources humaines, la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil des pratiques observées »

⁵⁰ Gugast (C.), « La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : une autre vision du statut », Les cahiers hospitaliers n° 280, juillet-août 2011.

⁵¹ Guide ANAP « Améliorer la gestion des ressources humaines, la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil des pratiques observées »

⁵² Guide ANAP « Améliorer la gestion des ressources humaines, la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil des pratiques observées »

⁵³ Corvaisier (A.) « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC »), Les cahiers hospitaliers, novembre 2010, pages 20 et 21.

Le DS gère en collaboration avec plusieurs acteurs mais plus particulièrement avec le DRH la gestion des ressources humaines pour ce qui est du personnel paramédical. Cependant, le rôle du DS, en tant que coordonnateur général des soins, est de veiller à la bonne coordination des soins, à leur efficacité. Ces soins devant être de qualité et dispensés en toute sécurité, il s'assure de la « bonne santé au travail » des personnels paramédicaux, garantie d'aptitude et d'efficacité du soignant « au lit du malade ». A ce titre, il joue un rôle essentiel dans la gestion de « l'humain » face aux risques psychosociaux (RPS) et plus particulièrement au syndrome d'épuisement professionnel.

SECTION 2. UNE GESTION DE L'HUMAIN FACE AU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

« Ce qui fait de l'hôpital sa force, sa compétence, la pertinence de son offre de soins, ses projets, sa dynamique, ce sont les hospitaliers »⁵⁴, il paraît donc important de pouvoir préserver au maximum le personnel soignant de l'hôpital. En effet un soignant « en bonne santé » produira des soins de qualité. Du point de vue de la GRH, il s'agit pour y faire face de focaliser l'attention sur la situation de satisfaction des salariés en partant de l'hypothèse qu'un salarié satisfait de sa situation au travail contribue efficacement à des soins de qualité »⁵⁵. Des études menées dans plusieurs pays occidentaux révèlent que 10 à 48% des soignants seraient touchés par l'épuisement professionnel, on peut alors parler de syndrome d'épuisement professionnel, également appelé « burn out ». Les suicides de personnels soignants hospitaliers ont alerté l'opinion publique, la question de la santé au travail, des risques psychosociaux (RPS) et plus particulièrement la problématique de l'épuisement professionnel sont donc des questions d'actualité, qu'il convient de soulever sans pour autant être complètement exhaustif. Le DS en tant que supérieur hiérarchique des soignants a son rôle à jouer pour y faire face, « son rôle étant prépondérant dans le maintien de la dynamique sociale de l'hôpital »⁵⁶.

§ 1. LES CAUSES DE LA MONTEE DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ET DU STRESS AU TRAVAIL

Il faut tout d'abord noter que l'organisation hospitalière s'inscrit dans un contexte de réforme et de crise à la fois sur le plan économique, organisationnel, éthique et moral. Nous sommes en

⁵⁴ Pierre Canouï, Aline Mauranges, « Le burn out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants », Masson, 4^{ème} édition, 2008

⁵⁵ Poimboeuf(C.) « La GRH face à la T2A : comment concilier performances sociales et performances économiques ? », Les cahiers hospitaliers, juin 2010 pages 31 à 24.

⁵⁶ « Les directeurs des soins et la conduite du changement : parier sur l'engagement professionnels » Site internet de la FHF

effet dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé mais également dans un contexte de protocole de vigilance accrue avec la certification. En outre, le patient est aujourd'hui de plus en plus exigeant, on peut même aujourd'hui parler de « client » à l'hôpital. De plus, l'hôpital est caractérisé par un environnement social très spécifique, les soignants étant confrontés quotidiennement à la maladie, à la mort, ou comme le souligne Monsieur Batéli « à des patients avec des prises en charge longues et parfois difficiles, ou au contraire courtes avec une tournure parfois dramatique ».

Il convient également de souligner que le soignant, en tant que citoyen ordinaire est aussi confronté aux difficultés et aux pressions de la société et particulièrement la crise financière actuelle, comme le souligne Monsieur Batéli « le soignant subit la morosité générale, pourquoi voulez-vous qu'il arrive au travail tout blanc, tout neutre, ce qu'il vit à l'extérieur, dans sa vie personnelle arrive avec lui au travail, et ce qu'il vit au travail, repart avec lui dans sa vie personnelle ». Il lui faut en effet pouvoir concilier à la fois sa vie professionnelle et sa vie personnelle.

Par ailleurs, l'organisation du travail à savoir la complexification des modes de travail et des outils de travail sont des facteurs à l'origine du syndrome d'épuisement professionnel, pour illustrer cela, Monsieur Batéli nous donne un exemple concret « l'informatisation est certes une grosse avancée, mais il y a aussi un gros travail de dépendance à la machine, il y a bien souvent des gains d'un côté mais aussi des contraintes d'un autre ». Les difficultés d'organisation, le manque de temps pour échanger avec les patients et une accélération du processus avec la T2A⁵⁷ sont autant d'éléments qui sont à la source de l'insatisfaction des soignants. En effet les soignants souffrent souvent de l'objectif de rentabilité dans laquelle s'inscrit l'organisation suite à l'instauration de la T2A, jugeant le temps passé auprès des soignants insuffisant.

Il faut enfin ajouter que les soignants se plaignent du manque de soutien qui entretient le stress, il a parfois le sentiment de ne pas être suffisamment reconnu dans son travail. En outre, on peut aussi aborder la loi du silence, notion qui évolue pour aboutir à une interdiction de se plaindre, la dissimulation de certaines pratiques enfermant alors les soignants dans une solitude qui peut s'avérer lourde⁵⁸.

Le SEP a pour conséquence une sécheresse relationnelle envers le patient, ses collègues ou sa famille, une envie d'isolement et peut même aller jusqu'à un sentiment d'agressivité, de violence ou de maltraitance⁵⁹. On observera un absentéisme plus important, un abandon du

⁵⁷ Poimboeuf(C.) « La GRH face à la T2A : comment concilier performances sociales et performances économiques ? », Les cahiers hospitaliers, juin 2010 pages 31 à 24.

⁵⁸ Pierre Canouï, Aline Mauranges, « Le burn out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants », Masson, 4^{ème} édition, 2008

⁵⁹ Pierre Canouï, Aline Mauranges, « Le burn out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants », Masson, 4^{ème} édition, 2008

travail voir des erreurs professionnelles. Tant d'éléments qui peuvent avoir des conséquences certes sur l'agent mais aussi sur l'ensemble de l'organisation de l'équipe.

§ 2. UN MANAGEMENT DE PROXIMITE POUR PREVENIR ET MIEUX PRENDRE EN CHARGE LE « BURN OUT »

Pour faire face au « burn out » les soignants mettent en place des stratégies. Elles sont à la fois individuelles à savoir le repli sur soi pour se protéger ou à l'inverse le besoin d'exprimer verbalement ses émotions, ils peuvent aussi mettre en place des techniques de relaxation. Les stratégies peuvent aussi être collectives le but étant de s'unir dans l'adversité⁶⁰, comme le souligne Monsieur Messien « si vous communiquez, vous vous rendez compte qu'il y a un certain nombre de gens qui rament comme vous, et c'est en mettant toutes les problématiques dans le même panier qu'on peut réussir à trouver des solutions, et modifier les organisations qui donneront de meilleures conditions de travail, ce qui va rejallir sur votre vie personnelle, c'est un cercle vertueux ! ». Il faut en effet laisser du temps pour les discussions informelles, que l'on peut également appeler « discussions de couloir »⁶¹.

Cependant pour éviter d'en arriver là, il est beaucoup plus judicieux de prévenir le problème du « burn out » et de traiter le problème en amont plutôt qu'en aval, « cela passe par la communication en CSIRMT et par la recherche de l'adhésion active au projet de soins décliné jusque dans les unités »⁶². A ce titre, l'intervention du DS et de l'encadrement de proximité semble essentielle pour faire face au risque d'épuisement professionnel. En effet, les agents ont besoin de reconnaissance de la part de leurs supérieurs hiérarchiques, un management de proximité et adapté aux besoins des soignants doit pouvoir se mettre en place. Cependant, il faut tout de même souligner que les nouvelles générations de soignants n'abordent pas le travail de la même manière et n'ont pas les mêmes formes d'attachement que les anciens. En effet, il n'est pas possible pour le DS d'opter pour les mêmes postures en ce qui concerne l'accompagnement de carrière. Comme l'explique Monsieur Batéli « il y a 10 ou 15 ans, être fonctionnaire hospitalier, c'était le Graal, on intégrait une dynamique globale qui est la FHP avec un statut, des droits et des obligations (...), quand on recrutait, on offrait un projet de déroulement de carrière à long terme (...) nous sommes aujourd'hui dans une évolution générationnelle où on est dans une forme d'immédiateté et de raccourcissement des projets, on fait des projet avec eux éventuellement pour l'année suivante mais pas au-delà, sinon ça risque de les démotiver ». Le DS et les cadres de proximité doivent donc adapter leur management, être à l'écoute des besoins des agents et les intégrer aux projets afin qu'ils se sentent

⁶⁰ Pierre Canouï, Aline Mauranges, « Le burn out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants », Masson, 4^{ème} édition, 2008

⁶¹ Pierre Canouï, Aline Mauranges, « Le burn out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants », Masson, 4^{ème} édition, 2008

⁶² Ducret (B.), Polegato (G.) « Le directeur des soins, un acteur clé dans la gestion des personnalités difficiles », Soins Cadres, vol 20, n°79S, août 2009, pages 16 et 17.

impliqués, valorisés. En outre, certains DS trouvent importants de se libérer des temps dans leur emploi du temps afin de se rendre physiquement dans les services, ce qui est d'autant plus apprécié par les soignants comme le souligne Monsieur Batéli « ce qu'apprécient les personnes dans les services, que ce soit les soignants mais aussi les médecins ou les administratifs, c'est qu'ils aiment voir que les directeurs prennent connaissance du fonctionnement, des réalités pratico-pratiques, je ne viens pas serrer des mains pour ma cote de popularité, je viens pour être proche de la réalité ». Il s'agit là d'une pratique qui fait partie pour le DS d'un management de proximité lui permettant de se rendre compte des difficultés directement sur le terrain.

En outre, il est essentiel de développer la formation et l'information des soignants afin qu'ils ne se sentent pas exclus de la dynamique globale de l'hôpital. En effet, « les facteurs d'évolution impliquent pour les professionnels de la santé une adaptation des connaissances et des compétences pour exercer leur profession »⁶³. Il faut intégrer ses éléments au plan de formation de l'établissement.

Le DS occupe ici également une place transversale dans la prévention et la gestion des risques psycho-sociaux, il est en relation certes avec les soignants eux-mêmes mais aussi avec les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé. Le DS doit veiller à ce que ces derniers soient également formés et sensibilisés. Il travaille également avec les directions et doivent ensemble définir des projets d'actions qui s'expriment dans le projet social de l'établissement et dans le projet d'établissement. Ils doivent veiller à ce que les conditions de travail n'aient pas d'effets nuisibles sur la santé et l'équilibre du personnel soignant. Le DS travaille également en relation avec la médecine du travail et les psychologues du travail.

La prévention du SEP fait partie à part entière de la gestion du DS, comme le souligne Monsieur Batéli « nous sommes dans notre métier en prise directe avec l'humain (...), ce genre de problème c'est notre quotidien en tant que DS (...) l'évolution du besoin de l'agent en tant que citoyen mais aussi en tant que professionnel ce n'est pas de la théorie, c'est du quotidien, c'est donc une forme de singularité du DS par rapport aux autres directeurs ».

La loi HPST révèle les qualités managériales de chacun, elle est « Au de-delà des compétences, des souplesses de gestion et de la responsabilité, une loi de management à tous les étages »⁶⁴ dans laquelle le DS s'inscrit. Cependant, la loi HPST lui confère également une place nouvelle au sein de l'hôpital. Le DS, au même titre que les autres professionnels de l'hôpital, a dû trouver sa place dans la nouvelle gouvernance, insufflée par la loi HPST

⁶³ Roberton (G.), « Les grandes problématiques de formation dans le domaine sanitaire », Les cahiers hospitaliers, novembre 2006, pages 9 à 11.

⁶⁴ Tanguy (H.) « HPST : management à tous les étages » Les cahiers hospitalier, mai 2010.

SECONDE PARTIE

LE DIRECTEUR DES SOINS : UNE PLACE NOUVELLE DANS L'ETABLISSEMENT

La loi HPST a marqué une nouvelle réforme de la gouvernance, elle « vise avant tout à redonner aux acteurs de terrain la possibilité de décider et de s'organiser sur une base contractuelle, afin de faciliter le parcours du patient »⁶⁵. Elle s'inscrit dans la continuité de l'ordonnance du 2 mai 2005 en ce qui concerne le développement et la mise en place des pôles. L'organisation des établissements se voit donc bouleversée et chacun des acteurs de l'établissement doit revoir sa place et son positionnement. Le statut du directeur des soins évolue au fur et à mesure des réformes qui marquent notre système de santé. Malgré quelques difficultés initiales à se positionner dans le nouveau schéma organisationnel de l'hôpital, il occupe aujourd'hui une nouvelle place stratégique, faisant de lui un acteur un part entière influant sur la politique de l'ensemble de l'établissement. Ainsi, nous verrons que les différentes réformes ont eu une répercussion importante sur la place du DS (Chapitre 1). Celui-ci a également vu modifier sa place au sein des pôles en tant que supérieur hiérarchique des personnels paramédicaux (Chapitre 2).

⁶⁵ Site internet de l'Association Française des DS (AFDS)

CHAPITRE 1.

LES DIFFERENTES REFORMES : UNE REPERCUSSION IMPORTANTE SUR LA PLACE DU DIRECTEUR DES SOINS

Tout d'abord reconnu comme Infirmier Général (IG), la fonction des directeurs des soins n'a été reconnue que tardivement par la publication du décret du 19 avril 2002 portant statut (section 1). Cependant la loi HPST, bouleversant l'organisation des établissements de santé, fait de lui un acteur clé au sein de l'hôpital (section 2).

SECTION 1. DE L'INFIRMIER GENERAL AU DIRECTEUR DES SOINS

Il convient d'analyser historiquement la place du DS afin de mieux comprendre le rôle qu'il joue aujourd'hui.

§ 1. LA NECESSITE D'UN INTERLOCUTEUR AU NIVEAU DE LA HIERARCHIE DES SERVICES DE SOINS

A l'origine, la prise en charge des malades et des errants était assurée par la communauté religieuse. Ce sont les sœurs supérieures qui jouaient le rôle de gestion et d'organisation des soins et qui dirigeaient donc les hospices considérés comme les ancêtres des hôpitaux.

Cependant, avec la création du corps des Directeurs d'hôpitaux par la loi du 21 décembre 1941, l'organisation de la prise en charge des soins s'est retrouvée bouleversée allant même jusqu'à la disparition des Supérieures. Néanmoins, le besoin d'un interlocuteur au niveau de la hiérarchie des services de soins s'est fait ressentir. C'est sous l'impulsion de l'Association nationale des infirmières générales (ANIG), soutenue entre autres par la Fédération Hospitalière de France (FHF), que le décret du 11 avril 1975 a pu voir le jour, créant le statut de la fonction d'Infirmier Général, projet soutenu également par Madame Simone Veil. « Il s'agit bien alors de la véritable reconnaissance de la fonction à travers la compétence professionnelle » accordant alors à l'IG une place à part entière dans l'équipe de direction.⁶⁶ Il est possible de parler avec la création de l'IG, d'une première reconnaissance de la discipline des soins infirmiers,⁶⁷ les soins infirmiers constituant désormais une activité à part entière. En outre, il faut noter que l'IG siège au sein de la Commission médicale consultative, ancêtre de la CME,

⁶⁶ Site internet Association française des directeurs des soins (AFDS)

⁶⁷ Site internet Association française des directeurs des soins (AFDS)

« la discipline infirmière est [alors] intégrée à part entière, comme la discipline médicale dans la consultation de l'établissement »⁶⁸

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière crée le service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'IG. Il s'agit là de la reconnaissance au sein de l'établissement d'une direction des soins infirmiers, le projet de soins infirmiers est quant à lui intégré au projet d'établissement. Le décret du 18 octobre 1994 conforte la volonté du législateur de faire de l'IG un membre à part entière de l'équipe de direction, et crée la commission de soins infirmiers présidée par le DS. Il faut noter qu'avec les différentes évolutions législatives, notamment l'ouverture de la fonction de DS aux filières de rééducation et médico-technique, cette dernière évoluera pour porter aujourd'hui le nom de Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. La volonté aujourd'hui étant de placer, comme il a été développé précédemment, cette commission sur un pied d'égalité avec la CME, il serait en effet « plus pertinent d'encourager les deux instances à rapprocher leur travaux »⁶⁹

Afin de démontrer l'évolution de la place du DS au sein de l'établissement, il semble intéressant d'opérer un détour historique. Même si la fonction de DS en tant que responsable des services de soins infirmiers existe depuis quelques années déjà, et plus particulièrement depuis le décret statutaire du 11 avril 1975, il faut savoir que la reconnaissance du corps des DS ne s'est concrétisé que tardivement par le décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des DS dans la FPH.

§ 2. UNE RECONNAISSANCE TARDIVE DES FONCTIONS DE DIRECTEUR DES SOINS : LE DECRET DU 19 AVRIL 2002

C'est seulement à partir de 2002, avec la publication du décret du 19 avril portant statut particulier du corps des DS de la Fonction Publique Hospitalière, que la fonction de DS a été instituée. Ce nouveau décret qui « s'inscrit dans la continuité de la réforme des statuts des professions paramédicales de la FPH »⁷⁰, regroupe à la fois les IG mais également les directeurs d'écoles paramédicales et des instituts de formation des cadres de santé. Les membres de ce nouveau corps sont toujours classés en catégorie A, il comporte désormais deux grades⁷¹. Désormais, les fonctions de direction ne s'ouvrent plus seulement aux cadres issus de soins infirmiers, mais aussi aux cadres issus de filière de rééducation et de filière médico-technique. Comme le souligne Monsieur Messien, « cette volonté d'élargir l'accès à la Direction des soins aux filières de rééducation et médico-technique, révèle clairement la volonté du législateur de créer un troisième pouvoir à l'hôpital, parallèlement au pouvoir médical et

⁶⁸ Site internet Association française des directeurs des soins (AFDS)

⁶⁹ Fellinger (F), Boiron (F), « Rapport mission Hôpital Public », Ministère du travail, de la santé et de l'emploi, Juin 2011- janvier 2012

⁷⁰ Bigot (J.L.) « création du corps de directeurs des soins » infos cadres, Soins Cadres, 2002.

⁷¹ Site internet Association Française des directeurs des soins

administratif, en d'autres termes un troisième pied au tabouret, celui des soignants. Il fallait en effet quelqu'un pour chapeauter, non plus seulement les soins infirmiers, mais surtout l'ensemble des para-médicaux pour redonner une cohérence au système ». Le DS est donc désormais chargé de « coordonner, d'organiser et de mettre en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et d'en assurer l'animation »⁷². Il doit également « élaborer et mettre en œuvre le projet de soins »⁷³, comme nous l'avons précédemment évoqué, mais il participe aussi « à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services de soins, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques »⁷⁴, et enfin il favorise « le développement de la recherche, l'évaluation des pratiques et de collabore dans la gestion des risques »⁷⁵ comme il a également déjà été développé précédemment.

En outre, le DS dispose désormais de la délégation du chef de l'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé.⁷⁶ Cette autorité légitimise la nouvelle fonction de coordonnateur général des soins (CGS) à laquelle un DS peut être nommé par le chef de l'établissement. Comme il apparaît dans le décret de 2002 « le DS, coordonnateur général des soins est nommé par le chef de l'établissement », par « coordination », on peut entendre le rôle d'interface que va occuper le DS, dans ses relations entre la sphère médicale, la sphère administrative et la sphère paramédicale, puisque comme le souligne Monsieur Messien « par définition le DS est transversal, la réponse se trouve dans le titre puisque nous sommes « coordonnateur » ». Le travail du coordonnateur sera donc de mettre en relation les différentes logiques, les différentes volontés d'anticipation, de pouvoir partager avec l'ensemble des acteurs concernés les freins ou les avantages d'une décision ou d'un projet.

« La direction des soins correspond donc à une vraie fonction et à ces droits nouveaux correspondent autant de responsabilités »⁷⁷. En effet, ce décret fait du DS un membre de l'équipe de direction ce qui lui confère alors, au même titre que ses collègues directeurs, une responsabilité plus importante. A ce titre la formation des DS a également évolué pour puisqu'il est désormais formé au même titre que les Directeurs d'hôpital (DH), à l'Ecole des Haute Etude en Santé Publique (EHESP) suite à l'obtention d'un concours. Sa carrière est désormais gérée par le Centre National de Gestion au même titre que les DH, les Directeurs d'Etablissements Sanitaires Sociaux Médico-sociaux (D3S).

Cependant, des différences persistent sur leur formation. En effet, comme le souligne Monsieur Batéli « on n'a pas la même histoire, la même trajectoire de vie, la même culture que

⁷² Bigot (J.L.) « création du corps de directeurs des soins » infos cadres, Soins Cadres, 2002.

⁷³ Bigot (J.L.) « création du corps de directeurs des soins » infos cadres, Soins Cadres, 2002.

⁷⁴ Bigot (J.L.) « création du corps de directeurs des soins » infos cadres, Soins Cadres, 2002.

⁷⁵ Bigot (J.L.) « création du corps de directeurs des soins » infos cadres, Soins Cadres, 2002.

⁷⁶ Bigot (J.L.) « création du corps de directeurs des soins » infos cadres, Soins Cadres, 2002.

⁷⁷ « Directeur des soins, autant de droit que de devoirs », Droit déontologie et soin, vol 4, n°2, juin 2004 pages 245 à 263.

les DH, ce qui témoigne de la spécificité de notre statut ». Les concours ne sont pas les mêmes et la formation non plus puisque les DS, pour pouvoir prétendre au concours, doivent pour cela justifier de l'obtention du diplôme de cadre de santé en ayant exercé l'une des professions infirmière, médico-technique ou de rééducation pendant au moins dix ans, dont au moins cinq ans d'équivalent temps plein en qualité de cadre de santé⁷⁸. Le DS a une expérience professionnelle dans le même domaine de compétences antérieurement au concours, alors que pour les DH, il existe un concours externe ouvert à tous. Il faut noter que même si le concours de DS s'est ouvert, la trajectoire la plus courante pour les DS débute par l'obtention d'un diplôme d'infirmier qui correspond donc à un premier métier, à une première formation. Le DS aura ensuite été cadre de santé, celui-ci est dans la gestion du soin et dans la gestion des équipes et non plus seulement du malade en tant que tel, même si comme le souligne Monsieur Batéli « on est quand même là pour le malade ». Enfin, « il est conseillé de passer par le stade de cadre supérieur de santé, avant d'être DS », comme le précise Monsieur Batéli, celui-ci étant en relation directe avec le pôle. Cependant, il faut noter qu'avant la constitution des pôles, au moment de l'existence des services, le DS était déjà responsable d'un regroupement, il était donc déjà en interaction avec plusieurs cadres de santé et avec les chefs de service dans une dynamique médicale, en lien avec la sphère administrative. Lorsque qu'un futur DS passe les concours, il a déjà « une vie avant, puisque nous ne sortons pas de l'école » précise Monsieur Batéli. Malgré une uniformité par la mise en place des concours et des modules de formation communs entre les DH et les DS au sein l'EHESP, des différences persistent.

Il faut aussi noter que le nombre de place au concours aujourd'hui ne correspond pas aux nombres de postes de DS vacants. Monsieur Messien s'inquiète de ce scénario puisque « si vous cumulez tous les hôpitaux, on obtient un nombre de postes non couverts qui est extrêmement important ». Monsieur Messien explique qu'il sera peut-être envisageable dans le futur que des DH occupent les fonctions de DS, cependant « ceux-ci n'étant pas issus de la filière soignante, ils ne seront pas forcément à même de défendre les intérêts soignants ».

« Le mouvement ouvert en 1975 connaît un aboutissement et sur cette base doit s'ouvrir une nouvelle histoire »⁷⁹. Comme le souligne Monsieur Batéli « aujourd'hui on peut être DS en étant certes issu de la formation infirmière, mais on peut l'être également en ayant été préparateur en pharmacie ou encore manipulateur en radiologie ». Le DS est donc depuis le décret de 2002, considéré comme un directeur mais des disparités persistent justifiant la spécificité du métier de DS. Néanmoins, il faut préciser que les changements insufflés par la loi HPST, on fait du DS un acteur stratégique au sein de l'établissement.

⁷⁸ Site internet du Centre National de Gestion (CNG)

⁷⁹ « Directeur des soins, autant de droit que de devoirs », Droit déontologie et soin, vol 4, n°2, juin 2004 pages 245 à 263.

SECTION 2. UN RÔLE PLUS STRATÉGIQUE INSUFFLE PAR LA LOI HOPITAL, PATIENT, SANTÉ, TERRITOIRE DU 21 JUILLET 2009

Le DS est membre de l'équipe de direction, il est donc au cœur même du processus de décision. Cependant la loi HPST, afin d'assurer la cohérence institutionnelle, modifie sa place au sein de l'organisation de l'établissement ses fonctions évoluant vers davantage de pilotage et de stratégie

§ 1. LE DIRECTEUR DES SOINS, MEMBRE DE DROIT DU DIRECTOIRE

La loi HPST procède à la « redistribution des cartes » au sein des établissements publics de santé. Dans ce contexte elle confère au DS, président de la CSIRMT, une place de membre de droit du directoire et ce au même titre que le président de la CME. Cela, non seulement, confirme sa place au sein du processus décisionnel de l'établissement mais l'intègre de manière incontestable dans la nouvelle instance stratégique de l'hôpital. « Il fait donc partie de l'équipe rapprochée du chef d'établissement et cette position lui confère des prérogatives, des obligations et des responsabilités qui vont l'engager clairement dans la contribution et le soutien à la stratégie de l'établissement »⁸⁰

La loi HPST a modifié le Conseil exécutif (CE) en Directoire piloté par le chef de l'établissement. Celui-ci est donc «⁸¹une nouvelle instance qui appuie, conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement ». Comme le souligne le rapport mission hôpital Public 2011-2012, il « a pleinement trouvé sa place (et) est aujourd'hui reconnue comme le lieu majeur de la conception stratégique et du pilotage institutionnel associant la direction et les représentants du corps médical, [il est] le lieu du dialogue institutionnel (...) et de la préparation effective de toutes les décisions significatives, tant stratégiques qu'opérationnelles »⁸². Le DS participe donc au sein de celui-ci, en plus du positionnement stratégique de l'établissement, à la définition de la politique de soins en cohérence avec les besoins des territoires et contribue aux ressources techniques, financières et humaines. Il contribue également à la conception l'organisation et l'évolution des structures et activités de soins et participe enfin à la négociation des contrats de pôles.⁸³ Néanmoins, Monsieur Messien souligne que « le Directoire ne décide pas de tout et qu'il ne s'intéresse pas non plus à tout », c'est selon lui « une instance plus politico-stratégique qui doit être décisionnelle, mais certaines questions n'ont pas lieu d'être traitées en son sein. C'est un lieu de négociation,

⁸⁰ « Les directeurs des soins et la conduite du changement : parier sur l'engagement professionnels » Site internet de la FHF

⁸¹ Guide, « la loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre », 10 novembre 2010, Ministère en charge de la Santé

⁸² Fellinger (F), Boiron (F), « Rapport mission Hôpital Public », Ministère du travail, de la santé et de l'emploi, Juin 2011- janvier 2012

⁸³ Référentiel métier de Directeur(trice) des soins en établissement et en institut de formation, mars 2010.

l'objectif étant d'aboutir à des décisions si possible consensuelles ». En effet, le Directoire est un lieu d'échange, de débat et de concertation dans lequel chaque acteur a sa place, le but étant de définir ensemble des lignes directrices pour la stratégie de l'établissement.

Cependant, certaines dispositions de la loi HPST remettent en cause cette position stratégique à l'intersection entre plusieurs sphères, les DS voyant alors certaines de leurs responsabilités diminuer notamment à l'égard de son lien hiérarchique vis-à-vis des cadres de santé. En effet, le décret de 2002 portant statut du corps des DS instituait que le DS était automatiquement responsable sur l'ensemble de la hiérarchie soignante et du corps soignant. Cette disposition ne se retrouve pas dans la loi HPST, confiant alors cette gestion aux chefs de pôles, responsables l'organisation et le fonctionnement du pôle. La loi HPST précise dans son article 13 que « le chef de pôle peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement ». On comprend donc que ce sont eux qui nomment les cadres qui vont l'assister, dont les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé. En outre, comme le souligne Monsieur Batéli, « le DS n'apparaît nulle part dans la loi HPST. Seul le terme de coordonnateur général des soins revient à seulement deux reprises. On a eu l'impression de disparaître ». La mention de l'autorité hiérarchique sur les cadres disparaît donc car désormais ne subsiste qu'un seul chef à l'hôpital à savoir le directeur d'établissement. Néanmoins, et nous reviendrons sur cette évolution, il peut déléguer l'autorité hiérarchique au DS. Dans la pratique, et comme le souligne Monsieur Batéli « la subtilité pour le DS, c'est d'être une ressource structurante avec les cadres supérieures de santé et les cadres de santé pour garder cette logique hiérarchique, on n'a pas besoin de s'appuyer sur un texte qui dirait « l'autorité hiérarchique sur ... », on est sur une autorité naturelle ».

Suite à la loi HPST et aux profonds changements qu'elle a donc insufflés, le Décret du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière est venu clarifier certains éléments de la loi pour ce qui est de la place du DS au sein de l'établissement. Il confirme le rôle plus stratégique, politique et moins opérationnel des DS.

Le rôle et la place du DS sont donc très encadrés législativement et réglementairement. L'organisation des établissements et la place qu'occupe aujourd'hui chacun des acteurs a, au même titre que celle du DS, été profondément modifiée. Il convient alors de se pencher sur la place du DS au sein de l'équipe de direction, et la place que lui laisse le directeur de l'établissement.

§ 2. LE DIRECTEUR DES SOINS AU SEIN DE L'ÉQUIPE DE DIRECTION

Le DS est depuis 2002 officiellement membre de l'équipe de direction et il est depuis la loi HPST intégré au processus décisionnel de celui-ci. Cette loi lui confère alors un rôle plus stratégique. Le DS est donc à la fois directeur adjoint, directeur des soins voir coordonnateur

générale des soins. En effet au sein d'un établissement il n'y a qu'un seul coordonnateur général des soins mais il peut y avoir plusieurs DS. Il est donc bien en interaction à la fois avec la sphère paramédicale et médicale mais aussi la sphère administrative dans son rôle de directeur adjoint, ce qui caractérise sa spécificité. Spécificité que l'on retrouve aussi, comme il a été développé précédemment dans son parcours et son évolution et dans sa formation qui, même si elle se déroule à l'EHESP de Rennes suite à l'obtention d'un concours tout comme les directeurs d'hôpital, n'est pas la même que pour les DS. Ces derniers n'ont donc pas la même trajectoire de vie que les DH.

Même si les DS tendent à être considérées comme les autres directeurs, des différences subsistent. Monsieur Messien souligne que « nous ne sommes pas à ce jour reconnus comme de vrais directeurs adjoints ». On retrouve des inégalités tout d'abord au travers de leur possibilité de carrière. En effet, les DH peuvent occuper différents postes au cours de leur carrière, ils peuvent en effet être à la fois Directeur des RH, ou encore des services techniques et logistiques, ou encore de la stratégie de l'établissement ou des finances. Il est également possible pour les Directeurs d'Etablissements Sanitaires, Sociaux et Médico-sociaux (D3S) d'occuper des postes de direction au sein d'établissement de santé et vice-versa. Cependant il n'est pas prévu pour l'instant que les DS puissent prétendre à ce type d'opportunité. Comme le souligne Monsieur Messien « cela est dû à la spécificité de notre métier, si tel était le cas, on nous demanderait de la réciprocité, c'est-à-dire qu'un directeur des finances, ou un DRH puisse être à la tête de la direction des soins ». Monsieur Batéli insiste également sur la spécificité de ses fonctions « cela tient à la spécificité de la fonction et ce n'est pas transférable (...) on n'a pas la même origine, pas le même parcours ».

En outre, le régime indemnitaire des DH et des DS n'est aujourd'hui toujours pas le même. En effet depuis le décret du 29 septembre 2010, le DS a droit à une prime de responsabilité au même titre que les autres directeurs adjoints, cependant celui-ci doit effectuer un nombre minimal de jours d'astreintes administratives pour pouvoir prétendre à cette prime contrairement aux autres directeurs. Les DS pensaient que cette question serait éclairée suite au décret de 2010, mais il n'en est rien. « Il y a toujours eu une inégalité que ce soit dans les primes ou dans les salaires, et nous n'arrivons pas à faire reconnaître le fait que le travail d'un DS est équivalent, en charge de travail et en responsabilité qu'un autre directeur adjoint » souligne Monsieur Messien. Néanmoins, il faut souligner que le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière égalise le régime indemnitaire des directeurs d'hôpital et des directeurs des soins. Cette prime comprend une part tenant compte des responsabilités, du niveau d'expertise et des sujétions spéciales liées aux fonctions exercées, et une part tenant compte des résultats de la procédure d'évaluation individuelle. Le texte entrera en vigueur au titre du régime indemnitaire de l'année 2012.

La loi HPST a accordée au directeur de l'établissement une place toute particulière faisant de lui aujourd'hui ce que certains auteurs appellent « un patron à l'hôpital ». Le DS fait partie de l'équipe rapprochée du chef de l'établissement au même titre que ses collègues directeurs, la place du DS au sein de l'établissement est donc dépendante de la manière donc le chef de l'établissement entend piloter. En effet, il est, au même titre que ses collègues tributaire des choix et des postures de ce dernier. Le Directeur de l'établissement aura donc des attentes vis-à-vis du DS, il attend notamment de lui une vision éclairante. En effet, comme le souligne Monsieur Batéli « lorsque le Directeur me reçoit, dans mon reporting, je viens avec des informations que je choisis de partager parce que je pense qu'elles sont stratégiquement intéressantes voir importantes pour lui. (...) Il n'attend pas une lecture des chiffres, mais il attend plutôt une lecture sur des postures, des projets, sur des dynamiques et des enjeux (...) pour qu'il puisse choisir sa stratégie la plus adaptée auprès des acteurs que ce soit les chefs de pôles, les autres directeurs, le président de la CME, ou les acteurs inter-hospitaliers ».

« La fonction [de DS] est donc clairement définie par les lois et les règlements, tant au niveau du positionnement institutionnel que des lignes hiérarchiques et fonctionnelles qui en découlent, que de son contenu »⁸⁴. Néanmoins, il a connu des difficultés quant aux changements insufflés par la loi HPST sur la nouvelle gouvernance et la mise en place des pôles.

⁸⁴ « Le directeur des soins fonction, statut et loi HPST » Site internet de la FHF

CHAPITRE 2.

LE DS : SUPERIEUR HIERARCHIQUE DES PERSONNELS PARAMEDICAUX

La loi HPST renforçant considérablement le rôle du chef de pôle, le Directeur des soins n'a plus réellement l'unique autorité sur les personnels paramédicaux. Il doit en effet, avec la mise en place des pôles au sein des établissements publics de santé, partager ses pouvoirs avec le chef de pôle et il se doit de travailler en étroite collaboration avec ce dernier. Il a donc dû s'adapter et trouver sa place au sein de cette nouvelle organisation. Les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé ont également acquis une place nouvelle, on parle même de nouveau métier pour les cadres de pôles, ils restent cependant des collaborateurs essentiels pour le DS.

SECTION 1. UN « PARTAGE » DE COMPETENCE AVEC LE CHEF DE POLE

Contrairement au Directoire, instance de pilotage stratégique, le pôle est considéré comme l'instance de pilotage opérationnel, il est « un nouvel espace de management et le lieu de déclinaison de la stratégie médicale »⁸⁵ où la répartition des pouvoirs a été modifiée. Le DS et le chef de pôle interviennent ensemble dans de nombreux domaines concernant le pôle. Ils partagent donc leurs compétences, ils vont alors être parfois complémentaires, s'unir et être en synergie à certains moments, ou parfois être en désaccord et devront donc faire des compromis. Comme le développe Monsieur Batéli « en fonction de la question, on a un rôle différent, on est « en plus », « à part », « à côté », « à la place », « tout seul », « ensemble », « on n'intervient pas du tout », c'est avoir la bonne position au bon moment qui est important ».

§ 1. LE ROLE ET LA PLACE DU DS DANS L'ORGANISATION EN POLE

Avec la loi HPST le responsable médical de pôle devient chef de pôle et met en œuvre la politique de l'établissement, afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Ceux-ci sont déclinés au sein du contrat et du projet de pôle, c'est ce que l'on appelle la contractualisation interne. En effet, il est à l'origine prévu qu'un contrat soit signé entre le Directeur de l'établissement et le chef de pôle, afin d'assigner au pôle des objectifs propres d'activité, de qualité ainsi que des

⁸⁵Lambert (P.), « Les rencontres du management de pôles, une journée trois temps forts », Les cahiers hospitaliers, avril 2010, page 5.

objectifs financiers, assortis d'indicateurs de suivi, de modalités d'intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que des conséquences en cas d'inexécution du contrat. Néanmoins, il faut noter que « seule une minorité d'établissements a entièrement déployé les outils prévus pour faire vivre ces nouvelles organisations. En dehors des plus gros, plus rares sont les hôpitaux ayant des contrats de pôle négociés et signés »⁸⁶.

A ce titre et afin de gérer au mieux l'organisation et le fonctionnement de son pôle, le chef de pôle peut disposer d'une délégation de gestion de la part du chef d'établissement, qui ne doit pas être trop large, ni trop limitée. Il faut néanmoins souligner que celle-ci s'assimile plutôt aujourd'hui à une délégation de signature et elle est jugée insuffisamment effectuée et ne « s'adresse [qu'] à des secteurs limités (hôtellerie, petit matériels...) »⁸⁷.

Le DS, de par ses fonctions de DS et par ses fonctions de directeur adjoint, participe directement ou indirectement à la vie du pôle, et travaille en étroite collaboration avec le chef de pôle. Le DS doit faire le lien entre les différents pôles d'une part, en veillant à la cohérence des différents projets de pôles entre eux, mais également veiller à la cohérence des projets de pôle avec les objectifs du projet d'établissement et du projet médical, ainsi que ceux du projet de soins infirmier, de rééducation et médico-technique. En effet, le DS participe à la définition du « projet de pôle en articulation avec le projet médical dans le cadre du projet d'établissement »⁸⁸. Le risque étant que les pôles s'administrent librement et se détachent de la cohésion globale de l'établissement, le DS, garant de la stratégie et de la politique de l'établissement doit maintenir la cohérence institutionnelle, à l'intérieur des pôles et au niveau des services cliniques et médico-techniques. Comme le souligne Monsieur Batéli « notre travail c'est de faire travailler les gens ensemble, de les croiser en se rappelant toujours les objectifs de fond, à savoir l'accueil, la qualité de la prise en charge du patient et en prenant en compte les contraintes du fonctionnement médico-économique ». Le DS est donc là encore en interface avec le chef de pôle, les directions fonctionnelles, soucieuses de l'évolution des pôles et les soignants.

Il est important de souligner que les chefs de pôle manquent d'expérience en termes de management d'équipe. En effet, leur formation initiale ne les a pas préparés à cette gestion. A ce titre, nombreux sont les médecins qui suivent pour pouvoir « mieux participer aux décisions du pôle »⁸⁹. Cependant, en matière de management et de gestion des équipes soignantes, et comme le souligne Monsieur Messien, « je reste toujours leur élément principal de référence, c'est-à-dire, et dans mon cas, c'est dû à l'expérience et à la connaissance, je leur explique

⁸⁶ Fellingner (F), Boiron (F), « Rapport mission Hôpital Public », Ministère du travail, de la santé et de l'emploi, Juin 2011- janvier 2012

⁸⁷ Fellingner (F), Boiron (F), « Rapport mission Hôpital Public », Ministère du travail, de la santé et de l'emploi, Juin 2011- janvier 2012

⁸⁸ Référentiel métier de Directeur(trice) des soins en établissement et en institut de formation, mars 2010.

⁸⁹ Vallancien (G.) « Formation des médecins et gouvernance des établissements de santé », revue hospitalière de France, n° 542, septembre – octobre 2011 pages 12 à 14.

comment modifier et adapter les organisations pour être le plus efficient possible et donc arriver au meilleur rapport/qualité prix ».

Enfin, et afin de donner une cohérence à la vie des pôles, une équipe travaille en collaboration, liant à la fois la sphère administrative, médicale et paramédicale. En effet, le trio de pôle mêle à la fois le chef de pôle, un directeur référent ou encore un cadre administratif gestionnaire et un cadre supérieur de santé. Nous reviendrons sur le rôle de celui-ci lorsque nous aborderons la place des cadres supérieurs de santé et des cadres de santé au sein du pôle. Il convient néanmoins de préciser que Madame Roselyne Bachelot, ancienne ministre de la santé attribue au DS un rôle de « conseil » des équipes de pôle⁹⁰.

Le DS travaille donc en étroite collaboration avec le chef de pôle, l'aidant dans la gestion et l'organisation du pôle. Cependant, ils occupent tous deux une position différente qu'il convient de distinguer accordant à l'un une autorité fonctionnelle relative à l'organisation du pôle et à l'autre une autorité hiérarchique sur le personnel paramédical.

§ 2. LA GESTION DU POLE : ENTRE AUTORITE HIERARCHIQUE ET AUTORITE FONCTIONNELLE

Le pouvoir hiérarchique, détenu par le DS, consiste en un contrôle exercé par le supérieur hiérarchique sur les personnels paramédicaux. Ce contrôle porte aussi bien sur les actes que sur les personnes. Le titulaire de l'autorité hiérarchique exerce le pouvoir de nomination, d'avancement, de mutation c'est-à-dire qu'il gère la carrière des agents (concours, grade, recrutement...). Le chef de pôle organise le fonctionnement et l'organisation du pôle et a, depuis la loi HPST, une autorité fonctionnelle sur les équipes paramédicales et administratives. Il a donc le pouvoir d'encadrer et d'organiser le travail sur le terrain et donne donc des avis sur les affectations et les fiches de postes.

En effet, il peut notamment proposer la nomination des cadres qui l'assistent au directeur de l'établissement. Comme il a déjà été évoqué précédemment, le DS qui jusqu'alors était considéré comme le supérieur hiérarchique des cadres de santé, a donc vu son rôle et sa place se modifier avec la mise en place des pôles. On observe alors un décalage entre ce qu'il était prévu dans le décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du DS dans la FPH, et les nouvelles prérogatives du chef de pôle suite à la loi HPST, accordant alors au chef de pôle le pouvoir de proposition de nomination des cadres comme il a déjà été développé précédemment. Les DS ont mal vécu cette nouvelle disposition, se sentant alors écartés de la nouvelle gouvernance hospitalière, et ne sachant alors pas vraiment quelle place leur était destinée. L'Association Française des Directeurs des soins (AFDS) s'est donc mobilisée afin

⁹⁰ Site internet de l'Association Française des directeurs des soins (AFDS)

de clarifier le rôle et la place du DS dans ce nouveau schéma. Au vu de l'article L6146-9 du CSP qui dispose que « dans chaque établissement, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et medico-technique est confiée à un Directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur », l'AFDS précise donc tout d'abord que « la question de l'existence ou non de la fonction de DS dans les établissements ne se posent pas »⁹¹. En outre, l'AFDS apporte une définition à la notion d'autorité fonctionnelle celle-ci est selon elle « une autorité consultative fondée sur les compétences et connaissances spécialisées de la personne (...) elle est confiée au chef de pôle. (...) Si le praticien intervient, pour avis, dans le processus d'évaluation des agents sur lesquels il a autorité fonctionnelle, il n'en est pas l'évaluateur direct, rôle qui reste du ressort de la personne détentrice de l'autorité hiérarchique »⁹². L'AFDS réaffirme donc le rôle et la place des DS en ce qui concerne leur autorité hiérarchique sur l'ensemble du corps des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé et par extension à l'ensemble du personnel infirmier, de rééducation et médico-technique.

Le Directeur de l'établissement, qui depuis la loi HPST a obtenu des prérogatives importantes en terme de pouvoirs à l'hôpital a la possibilité de déléguer l'autorité hiérarchique. Il délègue une partie de celle-ci (hors pouvoir de sanction) au DS pour ce qui est du personnel paramédical. Néanmoins, et comme le souligne Monsieur Messien « le pouvoir ça se conquiert » et celui-ci se développe dans la pratique. L'obtention de l'autorité hiérarchique ou l'autorité fonctionnelle est certes liée à un statut, à un grade, à la loi, à l'histoire réglementaire, mais une autorité naturelle s'instaure également. Celle-ci étant liée à une posture, à un tempérament, à une position managériale. Comme le souligne Monsieur Batéli, les DS cultivent cette autorité naturelle.

Pour ce qui est de l'autorité fonctionnelle accordée aux chefs de pôles, une grande partie d'entre eux l'ont vécu comme l'acquisition de pleins pouvoirs dans l'organisation et le fonctionnement des pôles et la possibilité de solliciter librement le personnel qu'il jugerait nécessaire. Comme l'indique Monsieur Messien « au départ les chefs de pôles ont pensé que ce positionnement allait leur donner tous les pouvoirs sur l'humain et sur le matériel ». Cependant dans la pratique, Monsieur Messien et Monsieur Batéli soulignent qu'ils leur ont apporté des conseils et des précisions quant aux contraintes financières, il faut en effet prioriser certains projets. En outre, ils ont démontré qu'en matière de recrutement, il y avait des règles à la fois d'équité, de transparence, de publication, de profil de poste. Les chefs de pôle ont donc laissé plus de place aux DS dans la gestion quotidienne du pôle, travaillant ici encore en collaboration, avec comme intermédiaire, et nous le développerons plus loin dans la démonstration, les cadres de pôles et les cadres de proximité. Madame Roselyne Bachelot, ancienne ministre de la santé, a d'ailleurs affirmée que « s'agissant des prérogatives par

⁹¹ Site internet de l'Association Française des Directeurs des soins (AFDS)

⁹² Site internet de l'Association Française des DS (AFDS)

rapport aux chefs de pôle, « l'affectation des personnels au sein des pôles [était] certes organisée par le chef de pôle, mais [que] le DS [devait] avoir un rôle majeur dans le développement des ressources humaines de l'établissement ». Il doit veiller à la « répartition adéquate entre les pôles pour garantir une égale qualité des soins »⁹³ Elle ajoute aussi que « le DS continue à jouer un rôle essentiel dans le recrutement et l'évaluation des cadres de santé mais qu'il remplirait cette missions « avec le chef de pôle, en apportant à ces derniers à la fois sa connaissance des métiers et son expertise »⁹⁴ En effet, si le chef de pôle a la responsabilité d'organisation et de fonctionnement de son pôle, le DS devient le garant de la répartition équilibrée des ressources entre les pôles, il doit aussi coordonner la réalisation des parcours professionnels qualifiants ou non pour l'ensemble des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques, comme nous l'avons déjà abordée dans la première partie.

Avec la mise en place des pôles au sein des hôpitaux, chacun a donc dû trouver sa place dans l'organisation de l'établissement et son positionnement par rapport à l'ensemble des acteurs. Le chef de pôle, titulaire de l'autorité fonctionnelle et le DS titulaire de l'autorité hiérarchique, travaillent donc en étroite collaboration pour la bonne gestion et organisation du pôle et des équipes. Cependant, avec la nouvelle gouvernance et la mise en place des pôles, les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé ont également un rôle plus important à jouer.

SECTION 2. LA COLLABORATION AVEC LES CADRES SUPERIEURS ET LES CADRES DE SANTE, RELAIS ESSENTIELS ENTRE LE DS ET LES PERSONNELS PARAMEDICAUX

Avec la mise en place des pôles, le DS a dû modifier son mode de management afin de le rendre plus transversal et moins vertical. En conséquence il délègue plus que par le passé. Ainsi, la nouvelle gouvernance au travers des pôles permet de responsabiliser davantage les cadres dans les décisions prises notamment en matière de gestion des soins et des ressources. La définition retenue par le rapport de C. de Singly⁹⁵ du cadre s'articule autour de quatre missions qui sont le management des équipes et des organisations, une mission transversale ou de responsabilité de projet, une mission d'expert et une mission de formation⁹⁶. Ils occupent donc un rôle d'intermédiaire et d'interface entre le DS et les soignants.

⁹³ Discours de Roselyne Bachelot du 9 octobre 2009 à Poitiers, communiqué du CNCH du 20 octobre 2009.

« Roselyne Bachelot clôt les 7èmes journées nationales de l'AFDS »

⁹⁴ Discours de Roselyne Bachelot du 9 octobre 2009 à Poitiers, communiqué du CNCH du 20 octobre 2009.

« Roselyne Bachelot clôt les 7èmes journées nationales de l'AFDS »

⁹⁵ Rapport de la mission « cadres hospitaliers » sur le rôle, les missions, la formation et la valorisation des cadres hospitaliers, Chantal de Singly, 11 septembre 2009.

⁹⁶ Vialas (P.), « Impact des réformes hospitalières sur les métiers de l'encadrement », revue hospitalière de France, n° 540, mai-juin 2011, pages 16 à 20.

§ 1. LA PLACE DES CADRES DANS LE PROCESSUS DE DECISION STRATEGIQUE ET OPERATIONNEL

Avec l'organisation polaire de l'hôpital, les cadres de santé ont eu des difficultés à trouver leur place au sein de la nouvelle gouvernance, comme le souligne Chantal de Singly dans son rapport rendu en septembre 2009 « Invisible et pourtant au cœur de l'organisation (...) les cadres vivent mal les changements liés aux transformations de l'hôpital ». Ils ne se sentaient en effet pas exister alors que la réorganisation des établissements de santé, suite à la mise en place de la nouvelle gouvernance et des pôles, va leur donner une place beaucoup plus stratégique au sein du pôle. A ce titre, les attentes des partenaires hospitaliers concernant les cadres sont considérables. Le coordonnateur général des soins doit donc accompagner le cadre de santé dans ses missions et doit pouvoir « affecter le bon professionnel au bon endroit, élément déterminant pour l'efficacité de l'établissement »⁹⁷ et pour répondre aux différentes sollicitations.

« Les acteurs de terrain, praticiens hospitaliers, cadres de proximité, personnels soignants ou de gestion, constituent à l'évidence le socle d'un pôle (...) aussi est-il primordial pour l'équipe d'encadrement d'un pôle, de conserver un lien confiant et efficace avec ces acteurs et de veiller à leur association au processus de réforme de l'organisation interne »⁹⁸.

Les changements organisationnels et managériaux de ces dernières années ont eu une influence directe et naturelle sur les profils des acteurs clés que sont ceux de l'encadrement intermédiaire à savoir les cadres supérieurs de santé. Ces derniers occupent désormais une place primordiale dans le fonctionnement des pôles, on peut même aujourd'hui parler de l'existence « d'un nouveau métier »⁹⁹ : les cadres de pôle. En effet, il est systématique dans l'organisation de la vie des pôles qu'un cadre supérieur de santé (ou qu'un cadre de santé) soit associé au chef de pôle, « la direction générale et la direction des soins [mettent alors] en œuvre des pratiques de management associant les cadres de pôle au pilotage ou à la concertation stratégique »¹⁰⁰. Il est en effet de la volonté des DS de placer ces acteurs au cœur de la dynamique du pôle comme il a déjà pu être développé tout au long de la démonstration. Les cadres supérieurs de santé jouent un rôle d'intermédiaire entre le DS, l'encadrement de proximité et les équipes soignantes. Ils permettent de faire remonter les informations nécessaires pour la bonne gestion de la direction des soins et plus largement pour la stratégie de l'établissement, mais ils jouent également un rôle d'interface relayant l'ensemble des informations auprès du personnel soignant. Il est

⁹⁷ Vasseur (R.) « Qu'attend le coordonnateur général des soins des cadres de santé en terme de managements ? » Soins Cadres, vol 16, n° SUP 64, décembre 2007 pages 13 à 16.

⁹⁸ Fellingier (F), Boiron (F), « Rapport mission Hôpital Public », Ministère du travail, de la santé et de l'emploi, Juin 2011- janvier 2012

⁹⁹ Fellingier (F), Boiron (F), « Rapport mission Hôpital Public », Ministère du travail, de la santé et de l'emploi, Juin 2011- janvier 2012

¹⁰⁰ Fellingier (F), Boiron (F), « Rapport mission Hôpital Public », Ministère du travail, de la santé et de l'emploi, Juin 2011- janvier 2012

essentiel aujourd'hui que les DS les intègre dans le management. Comme le souligne Monsieur Messien « je travaille de très près avec les cadres supérieurs de santé, c'est par cette échelon que l'information me remontent ».

Le DS doit veiller à ce que les cadres de pôle bénéficient de la formation requise à leur nouvelle fonction. Comme le souligne le rapport Singly « De même que la formation initiale doit préparer les futurs cadres (...), la formation continue doit permettre cette adaptation aux cadres en fonction ». Les cadres de pôle doivent également « disposer d'objectifs clairement définis (...) avoir une véritable autonomie, (...) être force de proposition sur l'organisation du travail, la répartition des tâches (...), [et] avoir la capacité d'arbitrer pour être en situation de négociation avec le médecin chef de pôle et les directions »¹⁰¹. Cette délégation et cette autonomie ne peut cependant pas se mettre en place sans un contrôle de sa hiérarchie.

Dès la mise en place des pôles, l'accent a été porté sur la compétence collective prévoyant alors la constitution d'un trio de pôle pour chaque pôle, réunissant la plupart du temps un directeur référent ou un cadre gestionnaire, le chef de pôle et le cadre de pôle. Il faut noter que le terme « trio de pôle » a été supprimé mais que ceux-ci restent constitués dans la pratique. En général, la Direction des soins peut-être associée à ces réunions dans lesquels sont abordées la vie du pôle, les objectifs à atteindre ou encore les difficultés rencontrées. Ces réunions, souvent organisée de manière hebdomadaire, permettent une gestion pluridisciplinaire du pôle. La cadre supérieur de santé assure la représentation du volet « direction des soins » dans ce trio. Cependant lorsque des réunions sont organisées entre le trio de pôle et la direction, la présence du DS est requise dans la mesure les enjeux sont plus importants car des négociations sont à effectuer entre le pôle et la direction.

Cependant, avec le rôle d'interface entre le coordonnateur général des soins et le pôle qu'occupent aujourd'hui les cadres supérieurs de santé, la place et le rôle des DS adjoints, lorsqu'ils existent, sont mises à mal. Ce sont les DS qui travaillent au côté du coordonnateur général des soins, puisque comme nous l'avons également déjà abordé, il n'y a qu'un seul coordonnateur général des soins par établissement. Ce dernier peut être accompagné par un ou plusieurs autres DS selon la taille de l'établissement, qui n'auront pas la position de coordonnateur général des soins. Les cadres supérieurs de santé ont acquis plus de responsabilité avec la mise en place des pôles et deviennent donc les interlocuteurs privilégiés du coordonnateur général des soins. Dans les grands établissements, type Centre Hospitalier Régional Universitaire, leur positionnement s'est plus facilement déployé et ils ont souvent été positionnés sur des axes transversaux comme l'explique Monsieur Messien. Néanmoins, il est évident que cette nouvelle organisation met à nouveau en question la place du DS adjoint, les nouvelles responsabilités des cadres supérieurs de santé débordant sur leur périmètre

¹⁰¹ Scherb (B.) « Nouvelle gouvernance : quelles évolutions pour demain ? » Les cahiers hospitaliers, septembre 2009, pages 19 à 21.

d'intervention. Les DS, non coordonnateur général des soins, sont donc souvent positionnés en mission transversales ou en chargé de mission sur un projet spécifique.

Aujourd'hui les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé sont de plus en plus associés au processus de décision institutionnelle. Ils sont un point fort pour la mise en œuvre de la politique de l'établissement grâce à leur proximité avec les soignants. Comme nous l'avons démontré, ils sont partie prenante de la démarche qualité de l'établissement, ils sont étroitement associés au fonctionnement des pôles ainsi qu'à l'élaboration et la mise en œuvre du contrat de « son » pôle. Il faut noter qu'ils participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du contrat de retour à l'équilibre financier à l'intérieur des pôles.¹⁰² Ils occupent une place cruciale d'intermédiaire entre le DS et les équipes soignantes, et sont un soutien pour la politique managériale de ce dernier. Néanmoins, il est essentiel de considérer que les relations entre direction des soins et cadres de santé de pôle ne sont surtout pas exclusives et qu'il s'agit bien de construire ensemble, avec tous les professionnels, l'hôpital de demain »¹⁰³

§ 2. UN MANAGEMENT PAR PROJET PERMETTANT DE RENDRE LE POLE PLUS DYNAMIQUE

Les cadres de santé, de par leurs fonctions managériales devront mobiliser l'ensemble des équipes soignantes à la vie du pôle et plus largement à la vie de l'établissement. En effet il est du ressort pour le DS mais également des cadres de développer la coopération entre tous les acteurs. Il s'agit de « parvenir à une culture hospitalière partagées dans laquelle direction, médecins et soignants acceptent de devenir partenaires d'une institution publique »¹⁰⁴. Le projet permet de fédérer un ensemble d'acteurs dans le but de finaliser et d'atteindre un objectif commun. En effet, il est évident qu'un projet porté et suivi par l'ensemble des acteurs concernés, aura plus de chance d'aboutir et de se mettre en place. Celui-ci permet en effet de « définir ensemble les finalités de l'organisation (...), développer la transversalité (...), développer la culture du suivi (...), définir ensemble les modalités du pilotage (...), développer les pratiques d'évaluation et d'amélioration continu des pratiques, clarifier les responsabilités de chacun et développer le sentiment d'appartenance à l'organisation »¹⁰⁵.

Le DS en tant que supérieur hiérarchique des soignants, devra donc travailler en étroite collaboration avec les cadres supérieurs de santé et les cadres de proximité, afin de faire adhérer au projet un maximum d'acteurs en vue de son aboutissement. En effet l'efficacité des

¹⁰² Anatole-Touzet (V.), Gloaguen (E.), « Management des pôles, la place des cadres dans le processus de décision stratégique et opérationnel », revue hospitalière de France n° 538, janvier-février 2011, pages 39 à 41.

¹⁰³ Scherb (B.) « Nouvelle gouvernance : quelles évolutions pour demain ? » Les cahiers hospitaliers, septembre 2009, pages 19 à 21.

¹⁰⁴ Drevet (G.) « La professionnalisation du management de proximité à l'hôpital », Soins Cadres, Vol 19, n°76, novembre 2011, pages 50 à 53.

¹⁰⁵ Fermon (B.) Jancourt (D.), « Manager les établissements de santé, des compétences fortes en pleine évolutions », revue hospitalière de France, n° 542, septembre – octobre 2011 pages 16 à 18.

politiques de gestion passe par l'acceptation et la participation de chacun à la stratégie du pôle.

Le chef de pôle, « fort d'une légitimité médicale doit pouvoir mobiliser les équipes autour de la stratégie du pôle »¹⁰⁶, il intervient donc également pour fédérer les équipes autour des projets au sein des pôles.

En outre les mécanismes d'intéressement collectifs et les avantages que chacun peut trouver dans la mise en place d'un projet permettent également de fédérer les équipes et contribuent à la performance des pôles.

Les exigences dues à la nouvelle gouvernance, au contexte contraignant de la gestion médico-économique et aux impératifs de qualité, dans laquelle s'inscrivent les hôpitaux aujourd'hui, génèrent un ensemble complexe, changeant, et difficile à appréhender pour les acteurs de l'hôpital. La mise en œuvre des projets dans ce contexte n'est donc pas évidente à déployer, les acteurs se heurtant alors aux nouvelles dispositions et enjeux parfois méconnus encadrant les projets. Un besoin à la fois d'information et de formation se fait ressentir auprès des acteurs de l'hôpital. Le rapport Mission Hôpital Public constate en effet « un déficit d'information, sans même parler de formation, ressenti par le plus grand nombre », il précise néanmoins que « de nombreux cadres médicaux ou non médicaux maîtrisent toutefois une partie significative des éléments du nouveau contexte réglementaire, en pratique ceux qu'ils utilisent au quotidien, mais nombreux sont ceux qui n'ont pas une vision précise des changements d'ensemble introduits dans la gouvernance ». La communication semble nécessaire pour la bonne mise en œuvre du projet.

Le DS, les cadres supérieurs de santé et cadre de santé qu'ils soient cadres de pôle ou non, ainsi que le chef de pôle doivent donc ici encore travailler en étroite collaboration et unir leur compétences afin de mobiliser et de fédérer l'ensemble des acteurs au projet. Les conséquences de cette mobilisation auront à la fois un impact sur le pôle, le rendant plus performant, plus dynamique, mais également sur les soignants eux même, se sentant plus investis dans la vie du pôle et dans la stratégie de l'établissement. En effet le sentiment d'appartenance un impact positif sur le travail des soignants.

Néanmoins, il faut nuancer cette dynamique de pôle. En effet ces objectifs propres assignés aux pôles avec les moyens nécessaires pour les atteindre, la délégation de compétence attribuée au chef de pôle, la volonté de mobiliser les équipes du pôle dans des projets propres à cette dynamique risquerait d'aboutir à une « balkanisation » des pôles. Celle-ci entraînant un repli sur le fonctionnement, les résultats et projets propres au pôle qui peuvent nuire à une culture

¹⁰⁶ Glardon (P.H.), Le Galiard (L), « Comment promouvoir la performance des pôles », revu hospitalière de France, n° 538, janvier- février 2011, pages 28 à 31.

d'établissement et à une cohérence globale du fonctionnement, mais aussi aux objectifs à atteindre de manière institutionnelle.

CONCLUSION

Le DS, occupe aujourd'hui une place centrale dans la dynamique de l'hôpital. En effet, l'organisation et la gestion de ce dernier s'inscrivent dans un contexte de maîtrise des coûts et d'efficacité, elles sont encadrées par des impératifs et des objectifs notamment ceux de qualité et de sécurité des soins. Dans cette optique, la loi HPST bouleverse l'organisation et le fonctionnement initial des établissements, le modèle de fonctionnement de l'hôpital est désormais basé sur un équilibre médico-économique. L'hôpital doit donc apporter aux patients, des soins de qualité en toute sécurité au travers de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. L'ensemble des professionnels de l'hôpital sont concernés par cette politique, autant les instances décisionnelles que consultatives, mais aussi les organes à compétences spécifiques et les groupes de travail, ces derniers répondent à des questions plus précises en matière de qualité et de sécurité. Le DS dans cette nouvelle organisation doit faire preuve de compétences managériales afin de mobiliser et de fédérer l'ensemble des acteurs à la poursuite des objectifs de qualité et de sécurité des soins. Il doit en effet pouvoir coordonner celle-ci et pourra à ce titre opter pour un management dit intégré, liant à la fois la qualité, les risques et l'évaluation, qui s'effectue au travers de la procédure de certification. Dans cet objectif, le DS entretient des liens étroits avec la Direction de la Qualité pour la définition et la mise en œuvre de la politique de qualité et de sécurité des soins.

Le DS intervient également en étroite collaboration avec la Direction des Ressources Humaines pour la gestion des effectifs paramédicaux à la fois dans la gestion au quotidien en intervenant sur la gestion des carrières des agents, ou en intervenant dans la définition du plan de formation de l'établissement ; mais aussi en participant à la mise en œuvre de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences, dont l'objectif est de gérer les besoins en Ressources Humaines de manière anticipée. Il veillera enfin à la « bonne santé » du personnel paramédical, qui est parfois touché par le syndrome d'épuisement professionnel. Il doit donc mettre en place un management de proximité, adapté aux besoins des agents et trouver des solutions pour faire face à leurs insatisfactions.

La place du DS au sein de l'hôpital a évolué parallèlement à l'évolution du système de santé. Depuis, la loi HPST et la mise en place de la nouvelle gouvernance, bouleversant profondément l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, certaines de ses missions et de ses responsabilités ont été modifiées, ce dernier a donc dû, au même titre que les autres professionnels de l'établissement, trouver sa nouvelle place dans cette nouvelle organisation. Membre de droit du Directoire, instance stratégique de pilotage de l'établissement, la loi HPST entend intégrer le DS dans le processus décisionnel de l'établissement. Il est membre à part entière de l'équipe de direction, en tant que directeur adjoint, il veille à la cohérence institutionnelle de l'établissement. Cependant, certaines différences restent marquées entre le

DS et les autres directeurs, elles sont parfois issues de dispositions réglementaires ou législatives, mais elles tiennent parfois de la spécificité des fonctions du DS.

Le DS doit également s'adapter à la mise en place des pôles. Le DS, supérieur hiérarchique des paramédicaux, partage en effet avec le chef de pôle, investi de l'autorité fonctionnelle du pôle, une partie de ses compétences dans la gestion des personnels paramédicaux. Les cadres supérieurs de santé ou cadre de santé, cadres de pôles jouent un rôle importante au sein des pôles, occupant alors une place de relais entre la Direction des soins, et le pôle dans la dynamique du pôle.

Au terme de cette démonstration, il est désormais possible d'avancer que le DS occupe un rôle transversal entre tous les acteurs de l'hôpital. En effet, en tant que Directeur des soins, il est, de par ses fonctions directement confronté aux professionnels paramédicaux qu'il encadre. Il est en tant que directeur adjoint intégré dans l'équipe de direction, il est chargé de la cohérence institutionnelle de l'établissement et participe à la définition de sa stratégie. Avec la mise en place des pôles, et l'acquisition de prérogatives importantes de la part des chefs de pôle, le DS n'a pas pour autant « abandonner » son rôle de supérieur hiérarchique des personnels paramédicaux, affirmant alors son autorité naturelle. Ses fonctions sont clairement définies par les lois et les règlements, et il tente de trouver sa place dans cette nouvelle gouvernance insufflée par la loi HPST.

Néanmoins, il faut noter que le Directeur de l'établissement occupe une place centrale au sein de celle-ci, la loi HPST faisant de lui « un patron à l'hôpital ». Celui-ci joue un rôle primordial dans la mise en place des nouvelles organisations et se doit de veiller à ce que chacun des acteurs de l'établissement y trouve sa place.

BIBLIOGRAPHIE

DOCUMENTS OFFICIELS

- *Fellinger (F), Boiron (F), « Rapport mission Hôpital Public », Ministère du travail, de la santé et de l'emploi, Juin 2011- janvier 2012*
- *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, janvier 2011*
- *Rencontre HAS 2011, 17 et 18 novembre – Centre des Congrès à Lyon.*
- *Guide, « la loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre », 10 novembre 2010, Ministère en charge de la Santé*
- *Journée thématique du 22 avril 2010 : « être acteur de son entretien de formation », Chantal Deslandes, Centre INFFO, Centre de documentation*
- *Référentiel métier de Directeur(trice) des soins en établissement et en institut de formation, mars 2010*
- *Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité, Ministère de la santé et des sports*
- *Discours de Roselyne Bachelot du 9 octobre 2009 à Poitiers, communiqué du CNCH du 20 octobre 2009. « Roselyne Bachelot clôt les 7èmes journées nationales de l'AFDS »*
- *Rapport de la mission « cadres hospitaliers » sur le rôle, les missions, la formation et la valorisation des cadres hospitaliers, Chantal de Singly, 11 septembre 2009*
- *ARAVIS, guide pratique, boîte à outils GRM en PME, dossier n°6, la santé au travail, juin 2009, soutenu par l'ANACT¹*
- *ANACT « Le point sur la prévention du stress et des risques psychosociaux », juin 2009*
- *Philippe Nasse, Patrick Legéron, « rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail », 12 mars 2008*
- *Groupe de travail de la 40^{ème} promotion-Claude Lévi-Strauss-Groupe 6A, rapport sur commande du département du Nord, « les risques psychosociaux », 2007*
- *Guide ARHIF « projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, guide d'élaboration et d'évaluation, décembre 2006*
- *Guide ANAP « Améliorer la gestion des ressources humaines, la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, recueil des pratiques observées »*

OUVRAGES

- Pierre Canouï, Aline Mauranges, « Le burn out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants », Masson, 4^{ème} édition, 2008

ARTICLES

- Amalberti (R.), « *LA gestion des risques à l'hôpital* », Les cahiers hospitaliers, Janvier 2012, pages 19 à 21.
- Anatole-Touzet (V.), Gloaguen (E.), « *Management des pôles, la place des cadres dans le processus de décision stratégique et opérationnel* », revue hospitalière de France n° 538, janvier-février 2011, pages 39 à 41.
- Anquetil (M.H.), Pr Hardy Bayle (M.C.), Parier (E.), « *réforme de la formation initiale paramédicale, difficultés de mise en œuvre* », revue hospitalière de France n°545, mars-avril 2012, pages 38 à 41.
- Aparisy (P.), Lavigne (L.), « *cas pratique : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences* », Les cahiers hospitaliers, juin 2009, pages 26 à 28.
- Barbot (J.M.), Cabanis (J.N.), « *Les responsable RH face à la délégation de gestion* », Les cahiers hospitaliers, septembre 2009, page 5.
- Barreau (P.), « *Le coaching à l'hôpital, quelle nouvelle donne managériale pour le cadre de santé* », Soins Cadres, vol 17 n°SUP66, juin 2008, pages 17 à 19.
- Barthes (R.), « *Management : l'organisation en pôle change tout ... ou presque !* », Les cahiers hospitaliers, avril 2010, pages 13 à 15.
- Bérard (F.), « *V2010 : nouveautés et chiffres clés* », Les cahiers hospitaliers, janvier 2012, pages 12 et 13.
- Benzaken (S.), Dugué (F.), Perier (N.) « *Qualité-sécurité des soins en CHU, gouvernance, CME état des lieux et perspectives* » revue hospitalière de France, n° 538, janvier-février 2011, pages 48 à 53.
- Bichier (E.), Ollivier (G.), « *Réforme de la formation initiale paramédicale, principes et contexte* », revue hospitalière de France n° 545, mars-avril 2012, pages 32 à 35.
- Bigot (J.L.) « *création du corps de directeurs des soins* » infos cadres, Soins Cadres, 2002.
- Boespfug (M.) « *Des nouveaux modes de management pour répondre à la complexité* », Soins Cadres, vol 16 n° SUP 64, décembre 2007 pages 10 à 12.
- Capuano (A.), « *Peut-on concilier l'éthique et le management à l'hôpital ?* », Soins Cadres n° SUP76, novembre 2011, pages 4 et 5.
- Pr Chabot (J.M.), Parier (E.), « *Qualité de la prise en charge, quels impacts de la réforme des études paramédicales ?* », revue hospitalière de France n°545, mars-avril 2012, pages 30 et 31.

BIBLIOGRAPHIE

- Pr Chabot (J.M.), Doré (A .M.), Moreno (F.), « *Formation initiale des paramédicaux, perspectives et propositions pour une meilleure application de la réforme* », revue hospitalière de France n°545, mars-avril 2012, pages 42 à 44.
- Corvaisier (A.) « *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)* », Les cahiers hospitaliers, novembre 2010, pages 20 et 21.
- Coulomb (E.), Estienne (N.), « *Le pôle, échelon de pilotage des objectifs de l'établissement* », revue hospitalière de France, n° 538, janvier février 2011, pages 32 à 34.
- Dekussche (C.), « *Nouvelle gouvernance hospitalière : les cadres soignants déçus* », Soins Cadres, n°54, mai 2005, page 5.
- Delaby (S.), Picalt (D.), Theis (D.), « *Synergies médicales et gouvernance des pôles* », revue hospitalière de France n°544, janvier février 2012, pages 12 à 15.
- De Lard (B.), « *Pôles d'activité : fin des délégations de gestion, essor des délégations de signature* », Les cahiers hospitaliers, septembre 2009, pages 6 à 8.
- Depaigne-Loth (A.), « *La certification des établissements de santé : quels impacts ?* » Les cahiers hospitaliers, janvier 2012, page 14.
- Drevet (G.) « *La professionnalisation du management de proximité à l'hôpital* », Soins Cadres, Vol 19, n°76, novembre 2011, pages 50 à 53.
- Ducret (B.), Polegato (G.) « *Le directeur des soins, un acteur clé dans la gestion des personnalités difficiles* », Soins Cadres, vol 20, n°79S, août 2009, pages 16 et 17.
- Esper (C.) « *La nouvelle gouvernance hospitalière : réel dynamisme ou évolution imposée ? A propos des ordonnances des 2 mai et 1^{er} septembre 2005* », Revue de Droit sanitaire et Social n°5, septembre-octobre 2005, pages 766 à 774.
- Etourneau (C.), « *La gestion des ressources humaines à l'heure des réformes* », Soins Cadres, n°74, mai 2010, pages 6 et 7.
- Etourneau (C.), « *La réforme de la formation des professions de santé réinterroge ces métiers* », Soins Cadres n° SUP76, novembre 2010, page 3.
- Fermon (B.) Jancourt (D.) , « *Manager les établissements de santé, des compétences fortes en pleine évolutions* », revue hospitalière de France, n° 542, septembre – octobre 2011 pages 16 à 18.
- Fouque (N.R.) « *La nouvelle gouvernance hospitalière* », Les cahiers hospitaliers, octobre 2009, pages 11 à 14.
- Fouque (N.R.), « *La structuration de l'hôpital en pôle d'activité a-t-elle un sens ?*, Les cahiers hospitaliers, avril 2010, pages 17 à 19.
- Fourmeaux (M.) « *Comment valoriser les métiers par le prisme de la formation ?* », revue hospitalière de France, n° 540, mai-juin 2011, pages 14 et 15.
- Gallais-Ferrier (N.), Lesne (C.), Vidal-Boyer (H.) « *Loi HPST et gestion des ressources humaines dans la FPH* », Les cahiers hospitaliers, décembre 2009 pages 28 à 30.

- Garcia (A.), Ripert- Teillard (B.), Severac (F.), « *A la recherche d'une organisation interne optimale : histoire d'un serpent de mer* », Les cahiers hospitaliers, avril 2010, pages 16 et 17.
- Gardel (C.), Goubet (S.), « *Indicateurs de qualité : de la génération de la mesure à la diffusion publique* », Les cahiers hospitaliers, janvier 2012, pages 15 à 17.
- Gayte (C.) « *Qualité-sécurité des soins et bientraitance : démarche d'un hôpital de proximité* » revue hospitalière de France, n°538, janvier-février 2011, pages 54 à 56.
- Glardon (P.H.), « *Performance des pôles : enseignements de l'enquête Gouvernance 2011* », revue hospitalière de France n°544, janvier-février 2012, pages 8 à 11.
- Glardon (P.H.), Le Galiard (L.), « *Comment promouvoir la performance des pôles* », revue hospitalière de France, n° 538, janvier- février 2011, pages 28 à 31.
- Gugast (C.), « *La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences : une autre vision du statut* », Les cahiers hospitaliers n° 280, juillet-août 2011.
- Haroche (A.) « *Cadres hospitaliers, déception à tous les échelons* », Soins Cadres, vol 19, N° S76, novembre 2010, page 5.
- HedefCapelle (V.) « *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé* » Soins Cadres, vol 20 n°77S, février 2011 page 5.
- Houdart « *la nouvelle gouvernance* », Les cahiers hospitaliers, Décembre 2008, pages 21 à 24.
- Kozlowski (J.), « *Réforme de la formation initiale infirmière : avant/après* », », revue hospitalière de France n°545, mars-avril 2012, pages 36 et 37.
- Lachenaye-Llanas (C.), Dallay (D.), « *Délégation de gestion et cohérence institutionnelle* », revue hospitalière de France, n° 538, janvier-février 2011, pages 35 à 38.
- Lambert (P.), « *Les rencontres du management de pôles, une journée trois temps forts* », Les cahiers hospitaliers, avril 2010, page 5.
- Lardy-Pelissier (B.), « *La pénibilité : au-delà de l'immédiat et du quantifiable* », revue de droit du travail, 2011 p 160
- Larivière (N.) « *Evolution des missions responsabilités et statut des directeurs des soins* », Soins Cadres, n°74, mai 2010 pages 43 et 44.
- Lauret (T.), Rivet (S.), « *Du responsable médical de pôle au chef de pôle* », Les cahiers hospitaliers, avril 2010, pages 11 et 12.
- Le Cohu (P.), « *Négocier ou établir un plan d'action sur la prévention de la pénibilité. Etat des textes* », Gazette du Palais, 18 juin 2011, n° 169, p9
- Ledoyen (J.R.) « *Le point de vue d'un directeur des soins* », Soins Cadres n°75, août 2010, page 40.
- Legendre (L.), « *Dialogue social : que devient le comité technique d'établissement ?* » Les cahiers hospitaliers, juillet-août 2010, pages 11 à 13.
- Lemetais (C.), « *Directeurs des soins et politique de santé* », Soins Cadres vol 18 n° 72, novembre 2009, page 6.

BIBLIOGRAPHIE

- Lemetais (C.) « *Les directeurs des soins au cœur des réformes* », Soins Cadres, vol 19, n°76, novembre 2010, pages 5 et 6.
- Marc (E.), « *une protection accrue de la santé et de la sécurité de « l'homme au travail » dans la fonction publique* », AJDA, 28 novembre 2011.
- Marin (P.), « *Les pôles d'activité : les hypothèses possibles entre échec et succès* », Les cahiers hospitaliers, septembre 2009, pages 26 et 27.
- Michelot (P.), Sandagné (H.), « *témoignage : le travail invisible des directeurs des soins* », Soins Cadres, n°65, février 2008, page 34.
- Morice (Y.) « *principes de management intégré des risques en établissement de santé* » Site internet *Santé.gouv*
- Mounic (V.), « *Certification : les nouvelles orientations* », Les cahiers hospitaliers, janvier 2012, pages 11 et 12.
- Nobre (T.) « *Pôle et formation au management, quels enjeux ?* », revue hospitalière de France, n°542, septembre – octobre 2011 pages 20 à 23.
- Peljak (D.), « *La délégation de gestion, l'Arlésienne hospitalière ?* », Les cahiers hospitaliers, septembre 2009, pages 8 à 10.
- Podeur (A.), « *Les enjeux des pôles* », Les cahiers hospitaliers, avril 2010, pages 5 à 8.
- Poimboeuf (C.) « *La GRH face à la T2A : comment concilier performances sociales et performances économiques ?* », Les cahiers hospitaliers, juin 2010 pages 31 à 24.
- Roberton (G.), « *Les grandes problématiques de formation dans le domaine sanitaire* », Les cahiers hospitaliers, novembre 2006, pages 9 à 11.
- Rossignol (J.), « *Où vont les pôles ?* », Les cahiers hospitaliers, septembre 2010, pages 19 et 20.
- Scherb (B.) « *Nouvelle gouvernance : quelles évolutions pour demain ?* » Les cahiers hospitaliers, septembre 2009, pages 19 à 21.
- Seuret-Faugier (C.) « *le protocole de mars 2001 et les cadres... Quelles évolutions en perspective ?* », Les cahiers hospitaliers n°182, septembre 2002, pages 18, 19.
- Tharel Laure, « *Pour une gestion efficiente de l'inaptitude professionnelle* », Les cahiers hospitaliers, juillet-août 2010, pages 8 à 10.
- Tanguy (H.) « *HPST : management à tous les étages* » Les cahiers hospitalier, mai 2010.
- Terceirie (O.), Vallet (G.), Zeggar (H.), « *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion* », Les cahiers hospitaliers, septembre 2009, pages 21 à 24.
- Vallancien (G.) « *Formation des médecins et gouvernance des établissements de santé* », revue hospitalière de France, n° 542, septembre – octobre 2011 pages 12 à 14.
- Vasseur (R.) « *Qu'attend le coordonnateur général des soins des cadres de santé en terme de managements ?* » Soins Cadres, vol 16, n° SUP 64, décembre 2007 pages 13 à 16.

- Verdoncq (P.), « *Soins infirmiers en Europe* », revue hospitalière de France n°545, mars-avril 2012, pages 46 et 47.
- Verrier (B.) « Du statut au métier », Les cahiers hospitaliers, Janvier 2005 pages 21 et 22.
- Verrier (B.) « *Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière : enjeux et objectifs* », Les cahiers hospitaliers, Janvier 2005 pages 23 et 24.
- Vialas (P.), « *Impact des réformes hospitalières sur les métiers de l'encadrement* », revue hospitalière de France, n° 540, mai-juin 2011, pages 16 à 20.
- Vioujas (A.), « *La nouvelle gouvernance hospitalière après la loi HPST, une autonomie de plus en plus contrôlée* », Revue générale de droit médicale n° 33, décembre 2009, pages 69 à 96.
- Woert (E.) « *Conditions de travail, santé, sécurité et dialogue social* », Les cahiers hospitaliers, juillet-août 2010, pages 5 et 6.
- « *La gestion prévisionnelle dans la fonction publique hospitalière* », Les cahiers hospitaliers, avril 2008 pages 27 et 28.
- « *Le répertoire des métiers et des compétences* », Les cahiers hospitaliers, juillet-août 2003 page 19.
- « *Directeur des soins, autant de droit que de devoirs* », Droit déontologie et soin, vol 4, n°2, juin 2004 pages 245 à 263.
- « *Du responsable de pôle au chef de pôle* », les cahiers hospitaliers, avril 2010, pages 8 à 10.
- « 1^{ères} journées de l'AFDS, les directeurs des soins au cœur des enjeux de l'hôpital » Soins Cadres, n°48, novembre 2003, pages 12 et 13.
- « 3^{èmes} journées de l'AFDS, les directeurs des soins à un tournant » Soins Cadres n°56, novembre 2005, pages 5 et 6.
- « *Quid du statut des directeurs des soins* », Soins cadres chercher NUM, mai 2010 (art 4 1^{ère} lectures)
- « *Les directeurs des soins et la conduite du changement : parier sur l'engagement professionnels* » Site internet de la FHF

SITES INTERNET

- Association Française des Directeurs des Soins (AFDS)
- CNG
- Coordination nationale infirmière
- FHF
- Ministère de la Santé
- Santé.gouv

Charlotte Coll

Le directeur des soins

Le DS occupe aujourd'hui une place centrale dans la dynamique de l'hôpital. En effet, sa place au sein de l'hôpital a évolué parallèlement à l'évolution du système de santé. Depuis, la loi HPST et la mise en place de la nouvelle gouvernance, bouleversant profondément l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, certaines de ses missions et de ses responsabilités ont été modifiées. Ce dernier a donc dû, au même titre que les autres professionnels de l'établissement, trouver sa nouvelle place dans cette nouvelle organisation. En tant que manager de la politique des soins, le DS, en raison de ses fonctions, est directement confronté aux professionnels paramédicaux qu'il encadre. Il est, en tant que directeur adjoint, intégré dans l'équipe de direction, et il est à ce titre chargé de la cohérence institutionnelle de l'établissement et participe à la définition de sa stratégie. Avec la mise en place des pôles et l'acquisition de prérogatives importantes de la part des chefs de pôle, le DS n'a pas pour autant « abandonné » son rôle de supérieur hiérarchique des personnels paramédicaux, affirmant alors son autorité naturelle.