

Regard d'un directeur des soins et propositions pour une gouvernance hospitalière équilibrée

■ La démocratie de la gouvernance à l'hôpital suppose une valorisation de la place des soignants, notamment paramédicaux en son sein, ainsi qu'une direction qui les représente au plus haut niveau du processus décisionnel, en coordonnant les équipes de soins et les projets, au service des usagers, et en collaboration avec les autres acteurs de santé ■ La mise en œuvre d'un trio de gouvernance à la tête de l'institution hospitalière constitue une opportunité de développer un réel équilibre des pouvoirs des professionnels de santé hospitaliers au bénéfice du management des équipes, de leur attractivité et de leur fidélisation ainsi que de l'amélioration de la prise en charge des patients.

© 2022 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés – complémentarité ; directeur des soins ; équilibre ; gouvernance ; soignant

A director of care's view and proposals for balanced hospital governance. Democratic governance in the hospital presupposes that the role of healthcare professionals, particularly paramedical professionals, is valued, and that management represents them at the highest level of the decision-making process, by coordinating healthcare teams and projects, in the service of users, and in collaboration with the other healthcare actors. The implementation of a trio of governance at the head of the hospital institution is an opportunity to develop a real balance of power among hospital health professionals for the benefit of team management, their attractiveness and retention, and the improvement of patient care.

© 2022 Published by Elsevier Masson SAS

Keywords – balance ; caregiver ; complementarity ; director of care ; governance

Par sa place centrale dans le système de santé français, l'hôpital est un acteur essentiel des réformes. Or les défis auxquels il est confronté sont d'autant plus problématiques que sa principale singularité est sa complexité en matière d'organisation interne, centrée sur la question de la gouvernabilité. C'est ainsi que la multiplicité des intervenants, la diversité des activités, des entités organisationnelles et la nature des relations sociopolitiques nécessitent des configurations managériales et des dispositifs de coordination adaptés, permettant à l'hôpital de remplir sa mission en dépassant cette complexité intrinsèque.

ÉVOLUTION DE LA PLACE DES SOIGNANTS AU FUR ET À MESURE DES RÉFORMES

La loi du 21 décembre 1941 relative à la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils [1]

a permis la création du corps de direction qui prit en mains, petit à petit, la gestion des établissements d'accueil et de soins aux dépens des supérieures des communautés religieuses hospitalières. L'état d'esprit de la société, avec l'évolution du statut de la femme au sein de la famille, comme au travail, suscitèrent une diminution très sensible du nombre des vocations religieuses.

Il s'ensuivit une quasi-impossibilité, pour les communautés religieuses hospitalières, de continuer à occuper des emplois qu'elles contrôlaient souvent depuis des siècles. Des communautés entières quittèrent ainsi les services publics hospitaliers. Les directeurs d'établissements ressentirent l'absence d'un interlocuteur au niveau de la hiérarchie des services de soins, de surcroît la plus importante dans l'ensemble des effectifs des personnels hospitaliers.

SYLVAIN BOUSSEMAERE
Directeur des soins, coordonnateur général des soins, directeur de la qualité, de la gestion des risques et de la communication, directeur référent Covid-19 de territoire et directeur référent du responsable de la sécurité du système d'information de territoire

Résidence Jules-Rousseau,
Centre hospitalier intercommunal des vallées de l'Ariège, Saint-Jean-de-Verges, Tarascon-sur-Ariège, France

Adresse e-mail :
sylvain.boussemaere
@chi-val-ariège.fr
(S. Boussemaere).

Dans le même temps, des mouvements sociaux très importants au sein du personnel infirmier, notamment à partir de 1968, mirent en évidence la nécessité de recréer un emploi d'autorité au sommet de la hiérarchie infirmière à l'hôpital. Les supérieures des anciennes communautés religieuses furent peu à peu remplacées par des personnels laïcs issus de la promotion d'infirmières : ce furent les "infirmières générales" (IG).

■ **Le premier décret statutaire paraît le 11 avril 1975** et la circulaire d'application le 31 juillet 1975. L'IG, sous l'autorité du chef d'établissement, est responsable de la coordination des activités des personnels (infirmiers diplômés d'État, assistants sociaux, agents de services hospitaliers) et propose leur affectation. Il veille, en liaison avec le corps médical, à la qualité des soins infirmiers. Son rôle se situe auprès du directeur, à l'intérieur de l'équipe de direction. Pour la première fois, les soins infirmiers sont nommés et placés comme activité (en lien avec le corps médical) et le service infirmier est associé à la structure de l'établissement. Le choix du lieu de formation à l'École nationale de la santé publique (désormais École des hautes études en santé publique [EHESP]), est déterminant pour l'action en équipe de direction.

■ **De nouvelles évolutions statutaires émergent en 1989 puis en 1994.** Le décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur de soins (DS) de la fonction publique hospitalière [2] crée la fonction de coordinateur général des soins (CGS), nommé par le directeur général (DG). Il dispose, par délégation de ce dernier, de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé. Ce décret réalise une ouverture du corps de DS et en même temps une unité dans l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (SIRMT). C'est la représentation de l'équipe de soins autour du patient, équipe dont l'infirmier est le point central, pivot de l'information et de la coordination des actions de soins.

■ **La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite "loi HPST"** [3] introduit des changements dans le mode de gouvernance des hôpitaux. Elle consacre le CGS président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) comme membre de droit du directoire au sein duquel il a une mission de conseil et de participation à la décision.

APPROCHE PLUS POLITIQUE ET STRATÉGIQUE D'UN EXERCICE RÉNOVÉ

La loi HPST ouvre aux DS de nouveaux champs de responsabilité, avec, par exemple, l'accompagnement de la mise en place des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Le décret du 30 avril 2010 reprecise les missions et la composition de la CSIRMT, dont les compétences sont adaptées à la nouvelle répartition des attributions entre le directoire et le conseil de surveillance.

■ **Le décret du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de DS de la fonction publique hospitalière** [2] vient confirmer le rôle plus stratégique, politique et moins opérationnel des DS. Si le chef de pôle a la responsabilité d'organiser le 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 pour l'ensemble des personnels en SIRMT. En mars 2010, la direction générale de l'Offre de soins (DGOS) publie un référentiel métier du DS qui confirme, pour le DS en établissement, une responsabilité institutionnelle en matière de gestion du personnel soignant, de formation et de recherche. La notion de "missions propres du DS" apparaît. Le DS est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins définis dans ce cadre. Il en coordonne la mise en œuvre et l'évaluation. Il veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients. Il organise la répartition équilibrée des ressources en soins au niveau de l'établissement et peut se voir confier d'autres missions de direction par le chef d'établissement.

■ **En décembre 2011, un référentiel de compétences est rédigé par l'École des hautes études en santé publique (EHESP)** qui identifie neuf compétences du DS en exercice professionnel. Puis les réformes hospitalières sont de plus en plus rapprochées :

- la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [4] promeut la création des groupements hospitaliers de territoire, l'inscription des parcours de soins dans une approche territoriale, la notion de "projet médical et de projet de soins partagés", la création d'instances de territoire, de pôles interétablissements, la prévention, l'innovation et la démocratie sanitaire ;
- Ma santé 2022, annoncée en septembre 2018 et concrétisée le 26 juillet 2019 par l'adoption de la loi

Gouvernance

relative à l'organisation et à la transformation du système de santé [5] évoque le développement du numérique en santé (télésoins) et des infirmières en pratiques avancées, redonne au service son rôle de "collectif" dans l'organisation des activités de soins et le management de l'équipe de soins, affirme l'importance des fonctions d'encadrement et d'animation d'équipes professionnelles.

■ **Enfin, la loi Rist du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé** par la confiance et la simplification [6] revoit également la gouvernance des hôpitaux, perçue comme trop rigide et éloignée de la prise de décision des acteurs de terrain. Le chef de service est remis au cœur de l'hôpital avec le cadre de santé, plus de souplesse aux hôpitaux dans leur fonctionnement et leur organisation est souhaitée, la composition du directoire est élargie aux soignants et potentiellement aux étudiants en santé et usagers, des objectifs managériaux sont intégrés *via* la conception d'un projet de gouvernance et de management participatif, une charte de gouvernance pour les nouvelles commissions médicales de groupement.

Si la reconnaissance professionnelle offre une appartenance à un groupe, permet de valoriser sa singularité, aide à donner corps et sens à des activités parfois difficiles à mettre en œuvre, il ne faut pas oublier la nécessité de coopérer. C'est dans cette perspective que l'inspection générale des Affaires sociales (Igas) rédige un rapport en novembre 2021, intitulé *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* [7]. La première partie présente le contexte d'émergence des nouveaux partages de compétences en soulignant les facteurs systémiques qui les rendent à la fois nécessaires et parfois difficiles, la deuxième partie se consacre aux protocoles de coopération entre professionnels de santé et la troisième, à la pratique avancée.

PERSPECTIVES ENVISAGEABLES D'UNE RÉELLE GOUVERNANCE ÉQUILBRÉE

■ **Les soignants paramédicaux représentent la part des RH la plus importante en nombre** à l'hôpital parmi l'ensemble des acteurs. Ne pas avoir une représentativité suffisamment reconnue d'un point de vue réglementaire dans la gouvernance hospitalière peut créer un sentiment d'incompréhension, voire d'injustice, source de conflits sociaux en lien avec un manque de reconnaissance. Les associer davantage et notamment officiellement par la voix du DS serait logique,

d'autant plus que la Haute Autorité de santé (HAS), dans le cadre de la certification des établissements de santé, considère que celui-ci fait partie intégrante de la gouvernance au même titre que le DG ou le président de la commission médicale d'établissement (PCME). Certains établissements œuvrent déjà en ce sens et expriment une grande satisfaction dans leur fonctionnement. D'ailleurs, durant la crise de la Covid-19, cette manière de fonctionner a montré ses avantages.

■ **Les dysfonctionnements rencontrés au sein des hôpitaux** (absentéisme, perte d'attractivité, déficits financiers, obsolescence des matériels et usure des locaux, etc.) entraînent la frustration de tous et font l'objet de toutes les attentions. Or gérer une organisation, ce n'est pas vouloir imposer son point de vue; cela consiste plutôt à écouter ceux qui la composent pour identifier ce qui est considéré comme étant juste pour cette organisation, ses usagers et ceux qui y travaillent. Ce changement de paradigme devrait donc encourager la complémentarité dans l'exercice des pouvoirs à l'hôpital pour mieux appréhender les causes de ces dysfonctionnements à partir de regards croisés et proposer des actions afin de les traiter efficacement. Ainsi, la mise en place d'un triumvirat ou trio DG-PCME-CGS permettrait l'exercice d'un management plus démocratique, davantage ouvert au dialogue et à la négociation, créant les conditions pour que différents points de vue puissent s'exprimer, évitant de prendre des divergences de position pour des facteurs d'affrontement potentiels, permettant d'enrichir sa réflexion initiale par la confrontation des idées et l'évolution de la perception de la situation par chaque protagoniste.

■ **La circulaire DGOS du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé** à la suite de la mission menée par le Pr Olivier Claris [8] propose, dans l'une de ses annexes, un guide non normatif intitulé *Mieux manager pour mieux soigner* [9], regroupant des recommandations et des bonnes pratiques souhaitées pour simplifier le fonctionnement et l'organisation interne et améliorer la gouvernance hospitalière. Ce guide, destiné à tous les managers hospitaliers, peut être utilisé dans le cadre d'une large concertation interne pour alimenter le projet de management participatif et de gouvernance. Si l'organisation de cette démarche est laissée à l'appréciation des gouvernances hospitalières, il est demandé *a minima* une concertation de la commission médicale d'établissement (CME), de la CSIRMT et du comité technique d'établissement. Il y est précisé explicitement que le projet

RÉFÉRENCES

- [1] Loi du 21 décembre 1941 portant réorganisation des hôpitaux et des hospices civils. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000869378.
- [2] Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000413623.
- [3] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/.
- [4] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/.
- [5] Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038821260/.
- [6] Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043421566.
- [7] Bohic N, Sandeau-Gruber AC, Josselin A, Siahmed H. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Novembre 2021. www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-051r-tome_1_rapport.pdf.
- [8] Circulaire n° DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier Claris. www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45228.
- [9] Ministère des Solidarités et de la Santé. Ségur de la santé. Mieux manager pour mieux soigner. Août 2021. <https://snphare.fr/assets/media/guide.pdf>.
- [10] Décret n° 2022-202 du 17 février 2022 relatif à la libre organisation des établissements

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

de soins et le projet médical doivent converger vers un projet médico-soignant. Lorsqu'elle répond à une demande des équipes, la fusion de la CME et de la CSIRMT est une option qui peut être mise en œuvre pour simplifier les échanges et faciliter les travaux.

■ **Le guide prône aussi la simplification du fonctionnement interne** en favorisant la démarche participative et le fonctionnement médico-soignant, dont le renforcement doit permettre d'élaborer une réflexion entre les professionnels médicaux et soignants pour optimiser l'organisation des modes de prise en charge des patients et des conditions de travail des professionnels. Les objectifs de ce renforcement sont notamment de consolider la collaboration entre les médecins et l'ensemble des personnels paramédicaux par une réflexion collective menée sur la convergence des organisations médico-soignantes et sur la pénibilité que génère la non-prise en compte du travail de l'autre, le stress induit par des défauts de coordination, d'intégrer au sein des organisations une charte de convergence médico-soignante évaluable, évolutive et avant tout opposable.

■ **Plus récemment, le décret du 17 février 2022** relatif à la libre organisation des établissements publics de santé et aux fonctions de chef de service [10] prévoit notamment que le DS propose au chef d'établissement une liste d'au moins trois noms de personnel IRMT pour intégrer un soignant au sein du directoire (en plus du DS). Si cette évolution paraît favorable pour une gouvernance hospitalière concertée, il serait cependant souhaitable de prôner des recommandations complémentaires afin qu'elle devienne réellement équilibrée. C'est ainsi qu'il semblerait pertinent d'aller plus loin et de proposer l'écriture conjointe d'un projet médico-soignant (fusion du projet médical et du projet de soins) et de la politique de qualité et de sécurité des soins, d'associer systématiquement au chef d'établissement le PCME et le CGS pour les réunions et échanges des établissements avec la tutelle pour tous les sujets relevant de compétences partagées, de promouvoir des cosignatures DH-PCME-CGS sur certains sujets d'organisation ou de pratiques médico-soignantes à l'échelle institutionnelle, de généraliser la préparation conjointe de l'ordre du jour du directoire et du conseil de surveillance, systématiser la signature conjointe du triumvirat de l'ordre du jour et des relevés de conclusion du directoire.

■ **Les relations de travail entre DG-PCME-CGS** s'inscrivent pour chacun dans un objectif d'efficacité, de performance et de responsabilité.

Dans les situations complexes au sein d'un établissement, les échanges, le partage, la confrontation des idées ainsi que la confiance sont nécessaires pour donner du sens à la prise de décision et à la gouvernance. La connaissance du terrain dont bénéficie le DS, son expérience en tant que clinicien, professionnel non médical, son expertise en management, sa maîtrise de l'organisation des soins et de la conduite de projets sont autant d'atouts essentiels dans la prise de décision eu égard aux différentes problématiques rencontrées au quotidien à l'hôpital, y compris dans des situations exceptionnelles comme l'a démontré la gestion de la crise de la Covid-19. Sa reconnaissance au sein du triumvirat pourrait se traduire par une recomposition du directoire avec un tiers de soignants. Le DS pourrait alors occuper la place de deuxième vice-président du directoire. En cas de fusion de la CME et de la CSIRMT, le DS pourrait aussi devenir coprésident et non vice-président.

CONCLUSION

La loi Rist promeut une médicalisation de la gouvernance hospitalière la rendant bicéphale entre le chef d'établissement et le PCME, au sein de laquelle le DS a parfois du mal à trouver sa place, considéré le plus souvent par le PCME comme un administratif sous la coupe du DG et considéré par ce dernier comme trop proche de la communauté médicale. Une véritable gouvernance partagée entre le chef d'établissement, le PCME et le DS se pense aujourd'hui et pour demain sur la base d'une construction coresponsable où l'innovation managériale collaborative est certainement un des leviers essentiels à explorer. À cet effet, le comanagement peut représenter une réelle opportunité de puissance supplémentaire à condition de coconstruire finement un cadre opérationnel et relationnel, de rester vigilant sur la qualité du lien entre les acteurs qui prendra racine sur un terreau de respect propice à l'instauration d'une confiance mutuelle. ■

publics de santé et aux fonctions de chef de service dans ces établissements.

www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045189533.