



ASSOCIATION FRANÇAISE DES DIRECTEURS DES SOINS

Le 28 février 2023,

Contribution concernant :

**« La mission relative à la création d'une
gouvernance hospitalière assurée par un
tandem administratif et médical »**

**Association Française des Directeurs des Soins
(AFDS)**

L'Association Française des Directeurs des Soins (AFDS) a pris connaissance avec un grand intérêt de la lettre de mission adressée par le Ministre de la santé et de la prévention, le 9 février dernier, au Pr Olivier CLARIS et à Mme Nadège BAILLE. Elle fait suite aux vœux du Président de la République effectués le 6 janvier auprès des acteurs de la santé. Il a exprimé notamment son souhait que le mouvement de médicalisation de la gouvernance des établissements de santé soit renforcé par l'identification d'un tandem administratif et médical à la tête des établissements.

L'AFDS, partie prenante en qualité d'association professionnelle représentant les directeurs des soins souhaite exprimer son avis concernant cette évolution, et ses impacts potentiels.

Le contexte de la gouvernance hospitalière actuellement en France

Le rapport n°587 remis à la Présidence du Sénat le 29 mars 2022 sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France dresse¹ ce bilan de la situation.

« L'évolution de la gouvernance, avec un pouvoir de décision concentré entre les mains du directeur d'établissement, lui-même fortement subordonné aux autorités de tutelle, est souvent présentée comme le facteur majeur d'un effacement des objectifs de soins dans les décisions prises à l'hôpital. Cette vision a toutefois été démentie au cours de la crise sanitaire qui a démontré la capacité de l'hôpital à mettre en œuvre une gouvernance agile, tout comme celle des différentes catégories de personnels – direction, médecins, soignants – à travailler en pleine cohésion autour d'objectifs partagés, au service du soin et des patients ».

« La notion de pilotage « médico-administratif » des établissements fait l'objet d'un large accord. Le rôle du directeur, représentant légal de l'établissement avec toutes les responsabilités que cela implique, tout comme celui des équipes administratives, indispensables au fonctionnement de l'établissement, ne sont pas fondamentalement contestés par les représentants de la communauté médicale et soignante. Les représentants des directeurs reconnaissent pour leur part la légitimité des attentes des acteurs médicaux et soignants et la nécessité d'une concertation étroite avec eux pour définir et mener à bien des projets co-construits »

Il s'agit finalement d'une évolution mesurée de la gouvernance hospitalière, dans le sens d'un rééquilibrage nécessaire, mais sans bouleversement. Le renforcement des pouvoirs du président de CME n'est pas allé jusqu'à en faire un directeur médical, responsable de l'ensemble des questions médicales.

Comme le souligne le rapport sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, la réalité est loin de refléter une opposition caricaturale entre corps médical et équipe de direction. Le mouvement de médicalisation de la gouvernance hospitalière institué par la réglementation est récent et certaines mesures préconisées dans la circulaire DGS du 6 août 2021 n'ont pas totalement été mises en place en raison de la crise sanitaire, ni évaluées.

Les établissements de santé n'ont-ils pas déjà un binôme médico-administratif avec le Directeur Général et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME), s'articulant en collaboration étroite avec les Coordonnateurs Généraux des Soins (CGS) placés sous l'autorité du chef d'établissement ? Ce modèle prôné par les directeurs généraux, les présidents de CME, et les coordonnateurs généraux des soins, permet d'associer tous les professionnels hospitaliers dans une logique de travail tripartite, constructive.

La gouvernance hospitalière doit rassurer ses acteurs internes et ne pas les fragiliser davantage en créant de nouvelles incertitudes sur le pilotage des établissements. Ce dernier a un rôle majeur dans la fidélisation et l'attractivité.

¹ Catherine DEROCHE, Rapport n°587 remis à la présidence du Sénat le 29/03/2022 sur l'hôpital et le système de santé en France. Disponible à l'adresse : <http://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-11.pdf>

Le Directeur des Soins dans la gouvernance hospitalière : un professionnel soignant formé et responsable

Le Directeur des soins (DS) est un responsable ressource au sein de l'équipe de Direction, pour le Directeur Général et le PCME. Le directeur des soins, directeur adjoint au sein de l'équipe de direction et membre de droit du Directoire, détient une spécificité par son expérience métier et son expertise dans les organisations des soins. Sa formation initiale de soignant en institut de formation, puis managériale en IFCS, enfin de directeur des soins à l'EHESP, lui confère plusieurs compétences distinctives (stratégique, organisationnelle, fonctionnelle). Il connaît les compétences des différents professionnels soignants, les constructions d'organisation de soin, leur complexité, sait les évaluer et les réajuster. **Sa contribution sur les dimensions politique et stratégique lui permet d'être un acteur essentiel dans les décisions qui concernent les organisations des soins, les collaborations médico soignantes, le management des compétences et les parcours des paramédicaux. Il éclaire le chef d'établissement par ses analyses et se positionne comme force de proposition pour optimiser l'offre de soin au service des patients.**

Cela a pu se démontrer lors de la première vague épidémique de covid, en 2020. Cette crise a participé à rendre plus visible l'action et le professionnalisme des directeurs des soins. Les directeurs des soins ont agi, comme au quotidien dans leurs fonctions, avec une grande capacité d'adaptation et d'innovation ainsi qu'une aptitude à mettre en œuvre des solutions efficaces en termes d'organisation, de coordination, de management des ressources. Dans la majorité des établissements, le Coordonnateur Général des Soins, travaillant main dans la main avec le Président de CME, a mobilisé la ligne managériale de l'encadrement des pôles et des services pour réorganiser les filières de prise en charge des patients, identifier les compétences nécessaires et les effectifs utiles. Cette collaboration efficace fut menée avec l'ensemble des membres de l'équipe de direction et du reste de la communauté hospitalière, sous l'autorité des chefs d'établissements.

Par ailleurs, Le DS joue un rôle essentiel auprès de l'encadrement supérieur et l'encadrement des services pour identifier les talents, les encourager dans la rédaction des projets, les aider techniquement dans le suivi des actions garantissant la qualité et la sécurité des soins. L'élaboration du projet managérial permet au DS de soutenir l'encadrement dans ses compétences techniques et humaines d'animation d'équipes. Ce rôle tenu par le DS doit être réaffirmé.

Des formations communes encadrant/médecin au niveau des services et des pôles sont désormais nécessaires pour engager la convergence médico soignante et réaffirmer le leadership de ces entités au sein des établissements. Plusieurs délégations de gestion pourront alors leur être confiées.

La dynamique que le collectif de la Direction des soins (Directeurs des soins, Cadres supérieurs de santé et cadres de santé) impulse dans l'accompagnement du développement des compétences des professionnels paramédicaux (protocoles de coopération, expérimentations de type Equipe Paramédicale de Médecine d'Urgence, Infirmiers de Pratiques Avancées...), mais aussi dans la déclinaison concrète de la politique qualité gestion des risques au quotidien et dans l'analyse des pratiques professionnelles, est indispensable à l'équilibre institutionnel des organisations de soins. Les coordonnateurs généraux des soins pensent et construisent cette animation en garantissant une équité entre les pôles et les services. La transversalité du pilotage des organisations paramédicales constitue un atout à préserver et à renforcer. **Pour toutes ces raisons, les coordonnateurs généraux des soins- les directeurs des soins et l'ensemble de l'encadrement paramédical sont légitimes pour assurer la ligne managériale hiérarchique des paramédicaux tout en s'inscrivant dans un lien étroit, fonctionnel, de collaboration avec les équipes médicales, sous la responsabilité des chefs d'établissements.**

Le Coordonnateur général des soins - Directeur des soins, président de l'instance soignante : la CSIRMT

Le rôle majeur de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) n'est plus à démontrer dans les établissements de santé. Cette instance représentative majeure, dynamique, réflexive permet aux paramédicaux d'être associés aux enjeux institutionnels, de prendre part aux évolutions des conditions d'accueil et de prises en charge des patients, d'où l'impérative nécessité de toujours la valoriser dans un ancrage institutionnel fort.

La CSIRMT constitue un lieu privilégié d'échanges sur les initiatives soignantes et les pratiques professionnelles innovantes ; sa présidence doit être assurée par le coordonnateur général des soins (CGS), également membre de droit au Directoire. En effet le CGS dans son rôle de responsable soignant avec des fonctions stratégiques, impulse une dynamique institutionnelle, transversale et cohérente qui trouve notamment sa source dans la rédaction du projet de soins.

Cette présidence crée du lien entre les niveaux politiques, stratégiques, et opérationnels des organisations et activités paramédicales. Elle conforte la synergie entre les projets médico-soignants, pilote et accompagne la démarche qualité sécurité des soins, encourage les développements de compétences attendus pour soutenir les développements d'activité et répondre aux besoins des patients, fait le lien avec les futurs professionnels en incluant des étudiants en santé et des représentants des instituts de formation. Au sein des GHT, la CSIRMT Territoriale renforce les liens entre les professionnels des établissements au travers de travaux communs et la communication active dans des domaines tels que le déploiement du dossier patient informatisé ou encore le projet d'ordonnancement ... L'élaboration du « projet médico soignant partagé » (PMSP) de territoire au sein des GHT démontre bien qu'il existe un volet médical et un volet soignant qui s'accordent, s'articulent au bénéfice des missions de soins, sans se confondre.

A travers un communiqué de presse daté de Février 2021, les Conférences nationales des directeurs généraux de CHU et des directeurs de centres hospitaliers avaient largement exprimé leur opposition et leur très vive inquiétude quant à une évolution concernant l'élection des présidents de CSIRMT. Un système électif changerait radicalement la nature de l'instance en fondant sa légitimité non plus sur l'expertise professionnelle mais sur la représentativité, empiétant dès lors sur le rôle du comité social d'établissement (CSE). La CSIRMT doit demeurer une instance échappant aux enjeux de la représentation syndicale. La volonté d'engager un parallélisme des formes avec l'élection du PCME n'a pas d'avantage de fondement car la légitimité de la présidence de ces instances ne se trouve pas au même endroit. Le directeur des soins nommé détient une responsabilité assise sur un décret de compétence et une formation, une expérience et une expertise professionnelle, éléments dont il tire sa légitimité. Le président de CME tire sa légitimité de son élection. Par ailleurs, bien que les rôles et les missions des 2 instances se retrouvent autour de la qualité, gestion des risques dans les pratiques de prises en charge, autour du projet médico soignant d'établissement et du GHT, d'autres missions spécifiques à la CME et son Président ne sont pas superposables. Par ailleurs soit l'élection d'un soignant sans « pouvoir agir » n'aurait d'autre effet que de faire périr une instance devenue velléitaire, soit cette élection serait celle de représentants du personnel donnant une dimension commission sociale d'établissement (CSE) à la CSIRMT.

La légitimité du Coordonnateur Général des soins, président de la CSIRMT, est fondée sur son expertise du soin et des organisations soignantes, son niveau de responsabilité institutionnelle dans une dimension transversale institutionnelle voire territoriale aujourd'hui.

Perspectives

Dans un contexte de perte de sens au travail ressenti par les professionnels de santé, de défaut d'attractivité des métiers du soin, l'AFDS s'interroge sur l'intérêt de modifier la gouvernance des hôpitaux, à fortiori sans renforcer le pouvoir des paramédicaux afin de contribuer à l'amélioration du fonctionnement hospitalier alors qu'ils représentent souvent 70% des professionnels des établissements.

Dans cette proposition de tandem médico-administratif, où se situe la valorisation de la place des soignants, ainsi qu'une direction qui les représente au plus haut niveau du processus de décision ?

Toute la ligne managériale de la Direction des soins est rompue à la collaboration, la co-construction, cela fait partie de son « ADN professionnel », au bénéfice de l'intérêt collectif et à la place centrale du patient. Travailler avec un chef de service, un chef de pôle, un PCME est son quotidien.

Mais dans le cas d'un binôme DH-Directeur médical, co-gestionnaires, l'AFDS se refuse à envisager la position de la ligne managériale et soignante sous l'autorité d'un médecin. Les paramédicaux sont dirigés par des professionnels issus de leurs rangs, formés, compétents, et responsables qui rendent compte au chef d'établissement. Il resterait à questionner le rôle du PCME dans cet éventuel scénario.

Par contre l'AFDS est prête à envisager la collaboration d'un CGS avec un Directeur médical qui aurait en responsabilité toute la ligne médicale pour construire un modèle renforcé et équilibré au niveau de la gouvernance afin de donner une cohérence et une lisibilité de fonctionnement à tous les professionnels. Ce directeur médical pourrait être chargé d'une direction fonctionnelle comme la Direction des Affaires Médicales par exemple. Sans doute faudrait-il lui proposer une formation à l'EHESP, en s'appuyant éventuellement sur un décret de compétence pour légitimer la fonction. Ce nouveau type de modélisation pourrait être porteur d'innovation et de renforcement de collaborations efficaces dans l'implémentation de nouvelles activités de prises en charge travaillées ensemble, pour la déclinaison de la démarche Qualité-Gestion des risques, l'identification de nouveaux métiers, le renforcement de parcours managériaux communs entre cadre de pôle/chef de pôle et cadre de santé/chef de service....

Le Coordonnateur général des soins, directeur des soins, pourrait légitimement devenir 2^{ème} vice-président du Directoire, gardant la présidence de la CSIRMT du fait de ses compétences, de son rôle institutionnel, de sa fonction d'articulation et de sa participation à la conception de la politique des soins en cohérence avec les orientations institutionnelles dans le projet de soins et le projet médico-soignant, du fait de son rôle fondamental de management des équipes d'encadrement paramédical et de l'accompagnement des compétences des professionnels paramédicaux.

Le directeur des soins exerce l'ensemble de ses missions avec une vision partagée à un niveau stratégique et politique tel qu'il existe dans le modèle de gouvernance hospitalière actuel. Il adapte les organisations de soins et les réponses aux besoins en santé des usagers afin de garantir une qualité et sécurité des soins, ainsi qu'une Qualité de Vie et des Conditions de Travail des professionnels placés sous sa responsabilité. Il pourra s'adapter aux évolutions de la gouvernance avec les réserves préalablement décrites et le souhait, partagé avec l'ANCIM (Association Nationale des Cadre de Santé), de conserver la dynamique managériale des paramédicaux pour relever les défis de demain avec tous les autres acteurs de la communauté hospitalière.