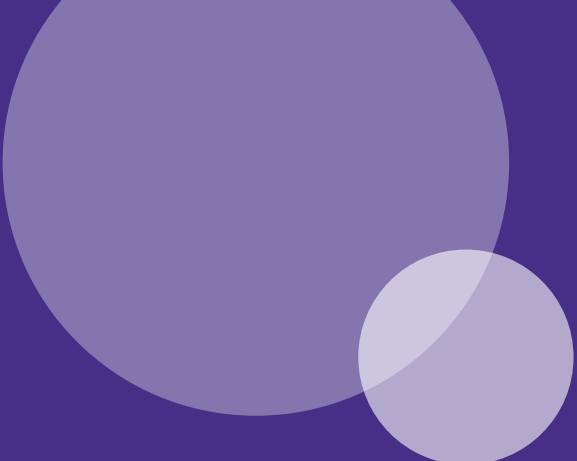


DIRECTEURS DES SOINS

ET SI ON Y CROYAIT ?

ÉTUDE SUR LA SITUATION
DES DIRECTEURS DES SOINS EN FRANCE





SOMMAIRE

ÉDITORIAL	3
PRÉAMBULE	4
INTRODUCTION	5
AGIR VITE	6
1. UN ÉTAT DES LIEUX “FRANCO-EUROPÉEN”	8
▶ Trois pays : trois visions du management	8
▶ Une terminologie par champs d’actions	10
▶ Les DS et les prises de décisions	11
▶ Un statut particulier : la FPH	12
▶ L’encadrement d’un service	13
▶ Le leadership “infirmier”	14
2. D’UNE ANALYSE AU QUESTIONNEMENT	16
▶ Une diminution progressive de l’effectif DS	16
▶ Un corps féminisé et un vieillissement progressif	18
▶ Une orientation des DS vers DH et D3S ?	20
3. DES INTERROGATIONS POUR DES LEVIERS D’ACTIONS	24
▶ Le “Faisant fonction” : symptôme d’un système à deux vitesses ?	24
▶ Une hiérarchie et un parcours professionnel trop complexes ?	25
▶ Une rémunération insuffisamment attractive ?	27
▶ Quel impact d’une formation sur un site unique : l’EHESP ?	28
▶ Une évolution depuis la création des pôles ?	29
▶ Un sentiment d’éloignement des équipes ?	30
4. D’UNE VISION PARTAGÉE À UNE AMBITION	32
▶ Quel DS ferait l’unanimité ?	32
▶ Le DS doit être un soignant, c’est une valeur ajoutée	36
▶ Le DS doit être un CS	37
▶ DS ou CSS, deux parcours distincts pour un exercice complémentaire	38
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXES	42

ÉDITORIAL



Qui saurait sans hésitation et de façon déterminée définir la fonction de directeur des soins ? Même au sein de notre milieu professionnel nous sommes parfois en peine de citer les responsabilités du directeur des soins. Parce que ce n'est pas un métier initial comme les directeurs d'hôpitaux ou les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (D3S), le directeur des soins reste dans les esprits un soignant « *en plus* » dans la hiérarchie fonctionnelle : **il n'est pas identifié à un champ fonctionnel déterminé et pourtant ses missions le conduisent à œuvrer pour développer la transversalité nécessaire dans nos établissements de santé, en partant d'une expérience personnelle affirmée comme acteur du soin en milieu hospitalier.**

C'est là le tournant à opérer pour comprendre le directeur des soins. C'est de ne plus le définir par rapport aux autres métiers, mais d'enfin le considérer pour ce qu'il est : **un responsable stratégique, membre de l'équipe de direction, président d'une instance, pouvant porter les évolutions de nos organisations de soins.**

Mais, aujourd'hui, ce métier peine à être reconnu. Année après année, les postes offerts sont loin d'être entièrement pourvus, alors que la formation offerte à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) est évaluée très positivement par celles et ceux qui en ont bénéficié.

La Fédération hospitalière de France (FHF) pense l'avenir et s'est associée à l'Association française des directeurs des soins (AFDS) et l'EHESP pour rendre possible une réforme nécessaire en faveur de l'encadrement soignant.

Cette étude sur les directeurs des soins est une première étape d'une réflexion plus globale sur les cadres de nos établissements. Elle analyse les raisons de ces difficultés et propose quelques pistes pour y remédier.

C'est maintenant aux pouvoirs publics de se servir de ces réflexions et de mettre en place les conditions de cette réforme attendue.

Laurent CHAMBAUD

Directeur de l'Ecole
des hautes études
en santé publique

Stéphane MICHAUD

Président de l'Association
française des directeurs
des soins

Frédéric VALLETOUX

Président de la Fédération
hospitalière de France



Cette note porte l'ambition d'impulser des actions concrètes en faveur d'un groupe professionnel dont les effectifs ne permettent plus de répondre à un besoin des établissements publics de santé : les directeurs des soins. Bien au delà, il s'agit d'ouvrir une réflexion sur la fonction de directeur des soins requise par l'évolution du système de santé.

Rédigée conjointement par la Fédération Hospitalière de France (Cécile KANITZER), l'AFDS (Francis MANGEONJEAN et Jean-Luc HERCE, engagés à titre individuel au départ) cette note n'aurait pu aboutir sans le concours exceptionnel d'Eve GUILLAUME. Mais également la contribution de Marie-Laure DELAMAIRE (chargée d'étude indépendante) et de l'EHESP (François-Xavier SCHWEYER pour les parties 2, 3 et 4 et Jean-René LEDOYEN).

Tout est parti d'une question : **qu'est-ce que la FHF peut proposer pour agir en faveur des directeurs des soins et particulièrement pour contribuer immédiatement à l'augmentation du nombre de candidats au concours ?**

Nous sommes allés rechercher en Europe des idées, mais surtout nous avons eu l'intuition de construire une démarche concertée entre les acteurs du métier : la fédération qui les représente, l'unique association professionnelle qui les fédère et l'école qui les forme.

Au delà d'une production opérationnelle, notre démarche vise à partager notre expérience. Charge à chacune des composantes d'en décliner des actions emblématiques de leurs rôles et missions.

Pour la FHF, il en restera au moins la satisfaction d'avoir servi un intérêt collectif en livrant l'idée d'une prospective qui peut devenir stratégique ou politique par ceux qui se l'approprieront.

INTRODUCTION

Force est de constater que **le nombre de directeurs des soins diminue en France depuis quelques années**. Mais en comparaison, **quelle est la situation des métiers équivalents aux directeurs des soins (DS) en Europe ?** C'est la question de départ du projet conduit par la Fédération Hospitalière de France (FHF), l'Association Française des Directeurs des Soins (AFDS) et le responsable de la formation des DS à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), annoncée lors du discours inaugural des journées d'études de l'AFDS en octobre 2014. M. Gérard VINCENT, alors délégué général de la FHF, émet alors le souhait d'**une étude conjointe sur la situation des directeurs des soins en Europe**.

La réalisation de l'étude est proposée sous forme de démarche-projet à une étudiante en master de l'EHESP, sous la responsabilité de la conseillère paramédicale de la FHF. **L'étude porte uniquement sur les directeurs des soins de la Fonction Publique Hospitalière**. En effet, le terme de « DS » est également utilisé dans le dispositif sanitaire privé, mais les caractéristiques n'ont pas été étudiées. En outre, il convient de préciser que le terme de directeur des soins désigne tant les DS dits de « *Gestion* » que les DS dits de « *Formation* », même si certains éléments de l'analyse comparée ciblent davantage les DS de « *Gestion* ».¹

La méthodologie retenue a visé une réalisation pragmatique dans le temps imparti : trois modes d'investigation, trois réunions du groupe de travail et trois rédacteurs. Les modes d'investigations ont été : **l'étude de données quantifiées, l'analyse de supports écrits** (revue de littérature) et **l'exploitation d'entretiens semi-directifs**². Les trois réunions du groupe de travail se sont tenues à la FHF en mai et juin 2015. A l'issue de la dernière réunion il a été planifié un temps complémentaire de concertation pour la communication des résultats par chacune des parties prenantes. La présente note est rédigée avant cette réunion complémentaire.

Les trois rédacteurs sont : la conseillère paramédicale, l'étudiante et le groupe de travail qui a disposé d'une version rédigée pour avis et compléments avant finalisation. Les résultats des investigations menées de mai à juin 2015 par le groupe de travail³ sont présentés dans cette note de situation organisée en deux parties : **un état des lieux « franco-européen »** et **une prospective d'actions réalisables par les trois partenaires engagés**.

**UNE ÉTUDE
CONJOINTE**
SUR LA SITUATION
DES DIRECTEURS DES SOINS
EN EUROPE

1- Ce raccourci « *Gestion* » et « *Formation* », est utilisé pour faciliter la lecture. Toutefois, les formulations les plus adaptées sont « *DS en structure hospitalière* » et « *DS en institut de formation* ».

2- 10 entretiens ont été réalisés par Melle Eve GUILMAUME, retranscrits intégralement et exploités tant pour son rapport de stage que pour la présente note de situation. Même si cet échantillon n'est pas représentatif, les témoignages de professionnels sont venus compléter le recueil des nombreuses données réalisés par les membres du groupe.

3- Annexe n°1 : Fiche-Projet

AGIR VITE

UN PLAN D'ACTIONS EST APPLICABLE POUR LES CS, CSS ET DS :

- » Des référentiels d'activités, de compétences et de formation pour chaque métier.
- » Une même modalité d'accès pour chaque métier : un concours unique d'accès au grade et à la formation. Et donc, un concours sur épreuves adaptées à l'expérience requise.
- » Des exercices transitoires réduits de « *faisant-fonctions* » (perspective de suppression de cette modalité d'exercice pour tous les grades).
- » Des qualifications professionnelles avec valence universitaire graduée.
- » Pour les DS, une valorisation de la rémunération à un niveau équivalent des autres cadres de direction.

» COMMENT FAVORISER L'ACCÈS AU CONCOURS DS POUR LES CS ?

La FHF et l'AFDS s'accordent sur une révision des durées d'accès au concours. Pour la FHF, il s'agirait de :

- » Réduire l'ancienneté réglementaire d'accès au concours. Passer de 5 ans de service effectif à 3 ans d'ancienneté dans le corps de cadre de santé pour le concours interne.
- » Passer de 10 ans à 9 ans d'exercice de l'une des professions IRMT pour le concours externe, dont 3 ans d'expérience de cadre au lieu de 5 ans.
- » Tant pour la FHF que pour l'AFDS, les conditions d'accès au concours de DS ou de CSS doivent être identiques. Pour la FHF la durée devrait être de 3 ans. Pour l'AFDS, une concertation des adhérents est en cours.
- » Mettre en œuvre un plan de communication vers les CS pour les encourager au concours DS.

» COMMENT ADAPTER LE CONCOURS D'ACCÈS AU CYCLE PRÉPARATOIRE DS ?

Créer un concours uniquement sur titre avec un oral (concours similaire à celui de CSS ce qui permettrait une préparation des CS pour deux options : CSS ou cycle préparatoire DS ?). Si une épreuve écrite devait être maintenue, elle ne devrait pas être des mêmes contenus et exigences que pour le concours d'accès à la formation.

» COMMENT ADAPTER LE CONCOURS D'ACCÈS AU GRADE DE DS ?

Remplacer la note de synthèse par un « *cas concret* » permettant aux candidats de mobiliser leurs connaissances acquises par l'expérience.

» COMMENT DIFFÉRENCIER LE GRADE DE CSS POUR NE PAS EN FAIRE UNE ÉTAPE « OBLIGÉE » DU GRADE DE DS ?

Identifier les activités et compétences propres aux CSS.

Construire le schéma d'une carrière en Y. CS puis deux options : CSS ou DS. Un CSS pouvant toujours accéder au grade de DS.

» COMMENT CRÉER UN MODÈLE DE CPOM¹ POUR LES CS ?

Proposer un modèle de contrat d'objectifs permettant aux CS d'être accompagnés vers les fonctions de CSS ou DS.

» COMMENT CRÉER UNE INGÉNIERIE DE FORMATION POUR LES CSS : RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉS + RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES + RÉFÉRENTIEL DE FORMATION ?

Créer une formation pour les CSS (ce dispositif n'est estimé possible que si la formation des CS est limitée à un an / grade M1).

» COMMENT RÉGULER LES FFDS² POUR AUGMENTER LE NOMBRE DE CANDIDATS AU CONCOURS ?

Créer un texte réglementaire ? Prenant en compte que le terme de FF n'existe pas dans les textes réglementaires. Pour mémoire, il n'est pas autorisé d'accorder à un fonctionnaire une dérogation pour des missions supérieures sauf dans le cadre d'une mise à disposition ou d'un détachement dans un autre cadre d'emploi.

Limiter le temps d'exercice de FF dans le temps et uniquement en mesure transitoire. Supprimer l'appellation FFDS pour mieux identifier les CSS en poste de DS ou de CGS, que ce soit en formation ou en gestion.

» COMMENT RENFORCER LE PLAISIR AU TRAVAIL ET L'ENGAGEMENT POUR LES CS, CSS ET DS ?

Créer un projet de Qualité de Vie au Travail ? Actions de GRH (gestion de carrière, coaching, groupe de travail sur le stress des dirigeants ou sur la dynamique des équipes de direction ?).

1- Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

2- Faisant Fonction de Directeur des Soins

UN ÉTAT DES LIEUX

“FRANCO-EUROPÉEN”

Les systèmes de santé des pays européens traduisent tous des différences d'organisation et de fonctionnement plus ou moins importantes. Chaque système reflète **une culture différente et des orientations politiques et économiques marquées** par les problématiques de chaque pays. Ainsi, les comparaisons entre deux pays sont parfois complexes mais peuvent venir alimenter des réflexions.

17
PAYS
*sont inclus dans
cette recherche*

L'étude comparative des fonctions équivalentes aux directeurs des soins en Europe s'est limitée à un échantillon de pays outre la **France : l'Angleterre, la Belgique et la Suisse**. Nous nous sommes aussi appuyés sur les résultats de l'enquête européenne HOPE (2010) sur le **rôle des infirmiers et des sages femmes** dans le leadership et le management en Europe.

Ces derniers travaux clarifient la situation globale en Europe : 17 pays sont inclus dans cette recherche, et plus particulièrement la **Suède, l'Allemagne, la Slovaquie, la Belgique, Malte et le Portugal**.

♦ 3 PAYS : 3 VISIONS DU MANAGEMENT

L'étude de l'Angleterre, la Belgique et la Suisse complétée par quelques éléments d'autres pays pour éclaircir notre réflexion, a permis de dégager quelques particularités du modèle français en lien avec le métier de DS.



LES SPÉCIFICITÉS FRANÇAISES

- ♦ **Le concours d'entrée** dans un grade.
- ♦ **La formation** non universitaire et dans une seule école (l'EHESP).
- ♦ **Le processus de recrutement** (à savoir un pouvoir de décision d'un chef d'établissement à partir de candidats postulant suivant une liste de postes publiées par le CNG).
- ♦ **L'obligation légale** d'un nombre d'années minimum d'exercice comme cadre de santé.

◆ **Schéma 1** : Organisation du management des soins en Angleterre, Belgique, France et Suisse. [Synthèse réalisée par Melle GUILLAUME].



1 - En France, des directeurs des soins, assurent également des fonctions de conseils ou de formations, à l'EHESP, à la FHF, au sein de syndicats, etc.
2 - En Suisse, les cantons sont les principaux responsables de la santé sur leur territoire. Ils peuvent légiférer pour préciser une loi fédérale ou pour donner un cadre légal à un domaine nouveau. L'organisation de la gouvernance hospitalière et du management des soins étant différente d'un canton à un autre, le choix a été fait d'étudier plus particulièrement le cas de l'Hôpital Universitaire de Genève (HUG) à partir des données de leur dossier « vision 2015. Gouvernance opérationnelle ».

UN ÉTAT DES LIEUX

“FRANCO-EUROPÉEN”

► UNE TERMINOLOGIE PAR CHAMPS D'ACTIONS

TERMINOLOGIES EN EUROPE

► En Belgique, il est utilisé plus couramment le terme d'« **Infirmier chef de département** » alors qu'en Suisse comme en France c'est le terme « **directeur des soins** ». Derrière ces mots se dissimulent des différences évidentes sur la restriction au management des infirmiers ou l'élargissement à l'ensemble des paramédicaux.

Le « **directeur du département infirmier** » est la plupart du temps un infirmier de formation et n'a pour compétence uniquement le management des infirmiers et des sages-femmes (le métier de sage-femme étant une spécialisation d'infirmier, au total 4 années après le baccalauréat).

► En Angleterre, les « **chief nursing officer** » peuvent être amenés à gérer les infirmiers, les sages-femmes et parfois les autres paramédicaux.

► A Genève, on cite le « **directeur des soins** », comme en France, pour l'ensemble des paramédicaux.

Yves COTTRET, membre du cabinet au ministère en charge de la santé au début des années 90 a participé à la rédaction de **la formation des cadres de santé de 1995**, anciennement « *infirmier chef de service* ». Ce dernier explique que la volonté de **tendre vers des directions des soins et non plus uniquement des infirmiers**, était de rassembler les paramédicaux dans une même gouvernance pour « *que les professions fassent corps* ». L'idée sous-jacente n'aurait donc pas été de donner plus de poids au manager des soins face aux médecins ou à l'administration, mais surtout de **promouvoir les coopérations interprofessionnelles**. Une particularité française qui est présente dans beaucoup de cantons suisses, va dans le sens de la promotion des coopérations interprofessionnelles qui se développent depuis plusieurs années, mettant fin à une logique en « *tuyaux d'orgues* ».

En revanche **être professionnel de santé paramédical de formation et avoir une expérience professionnelle fait l'unanimité dans les pays étudiés**. Ainsi, certaines fiches de postes en Angleterre exigent une personne très expérimentée. La revue de littérature internationale insiste sur le point qu'il ou elle doit avoir une bonne connaissance de l'environnement de l'hôpital et de ses enjeux (Kingston, 2013).

**RASSEMBLER
LES PARAMÉDICAUX**
*dans une même
gouvernance*

» LES DS ET LES PRISES DE DÉCISIONS

LA PLACE DES SOIGNANTS DANS LES ÉQUIPES DE DIRECTIONS VARIE D'UN PAYS À UN AUTRE ET PARFOIS MÊME AU SEIN D'UN MÊME PAYS, D'UNE STRUCTURE HOSPITALIÈRE À L'AUTRE.

Cependant, d'après le questionnaire envoyé à l'ensemble des participants de l'étude HOPE (2010), un référent responsable des soins infirmiers est bien membre de l'équipe de direction dans l'ensemble des pays de l'étude à l'exception de la Bulgarie. Les résultats sont aussi plus nuancés en Suède où l'étude a un niveau plus local n'a pas permis de confirmer ce résultat. En Allemagne, il n'est confirmé que partiellement.

En Angleterre, les « *chief nursing officer* » ont **un droit de vote au niveau du « *board of directors* »**. Le NHS Act 2006 exige qu'un « *executive director* » qui est inscrit en tant que « *registered nurse* » ou « *registered midwife* » appartienne au « *board* » (RCN 2009).

Les infirmiers peuvent aussi accéder à des postes d'« *executive director* », l'équivalent en France d'un directeur d'hôpital. L'enquête réalisée par HOPE a par ailleurs montré que dans beaucoup de pays les lois n'empêchaient pas qu'un infirmier soit nommé directeur général d'hôpital. Toutefois, on retrouve souvent des professions médicales ou non-soignantes à ces postes de direction.

La présence d'un infirmier chef du département en Belgique est inscrite dans la loi¹ et il siège au comité de gestion. A l'Hôpital Universitaire de Genève, le directeur des soins est membre du comité de direction et assiste avec voix consultative, comme l'ensemble des autres membres du comité, au conseil d'administration (équivalent du conseil de surveillance). Le comité exécute les décisions du conseil d'administration et décide sur les décisions qui ne relèvent pas du CA.

De nombreux pays ont pour objectif dans leur politique de santé d'accroître la participation des infirmiers et des sages-femmes dans le management et le leadership comme la Belgique ou l'Espagne.

OBJECTIF :

ACCROÎTRE LA PARTICIPATION

DES INFIRMIERS ET DES SAGES-FEMMES DANS LE MANAGEMENT ET LE LEADERSHIP

1- Loi sur les hôpitaux du 7 août 1987 – Article 17 bis

UN ÉTAT DES LIEUX

“FRANCO-EUROPÉEN”

**LE CONCOURS
D'ENTRÉE
AUX GRADES**
est une particularité
française

► UN STATUT PARTICULIER : LA FPH

Historiquement, la profession d’infirmière s’est construite en lien étroit avec l’Etat et aujourd’hui **les directeurs des soins constituent un corps de la Fonction Publique Hospitalière.**

Le concours d’entrée aux grades est une des particularités françaises. Dans les trois pays étudiés, l’avancement de carrière se fait à la fois par l’expérience, valorisée par les grilles de rémunération et par les opportunités offertes par l’employeur. Le directeur général est libre dans le recrutement du personnel cadre et prend en compte l’expérience acquise. Ce type de recrutement est moins imprégné en France, le concours étant conçu ou du moins théorisé comme une déclinaison du principe d’égalité. Ainsi le concours a pour l’objectif de **garantir l’égalité de traitement entre les candidats.**

LA FORMATION OBLIGATOIRE DES DS AVANT LEUR PRISE DE FONCTION À L’EHESP EST UNIQUE¹.

- **En Angleterre comme en Belgique,** les masters universitaires sont recommandés mais c’est encore une fois l’expérience professionnelle qui prime.
- **En Angleterre,** on constate tout de même deux possibilités : l’accession tardive aux fonctions supérieures grâce à une solide expérience, ou de manière plus précoce avec les diplômes universitaires incluant des masters voire même des doctorats.
- **En Allemagne,** dans certains länder, la formation des cadres s’effectue à l’université où des masters ont récemment été développés. Cependant le cas de l’Allemagne est particulier puisque dans certains länder, les hôpitaux n’ont pas forcément d’infirmiers dans leurs équipes de direction.
- **En Belgique,** la réussite à la formation complémentaire de niveau universitaire, master en « *art infirmier et obstétrique* » ou master en santé publique est requise.

L’enquête menée par HOPE a notamment montré que dans la plupart des pays Européens **le niveau master permet d’accéder aux spécialisations ou aux « pratiques avancées »**. La formation est donc très souvent délivrée par l’université, permettant plusieurs lieux de formation et une diversité des masters. **Cette pluralité permet différentes évolutions de carrière possibles, notamment en dehors du champ du management.**

1- Il convient de relever qu’en 2015, près de 60% des DS qui entrent en formation à l’EHESP sont titulaires d’un master.

» L'ENCADREMENT D'UN SERVICE

EN FRANCE



Le schéma courant de la ligne hiérarchique paramédicale en gestion est la suivante : **les cadres de santé supérieurs managent des pôles et les cadres de santé des services de soins**. Dans la quasi-totalité des pays européens aussi, on retrouve un soignant au niveau du management d'une unité de soins.

EN ANGLETERRE



Les managers au niveau de plusieurs services sont les « lead nurses » et les « modern matrons ». Les matrons sont responsables : des normes professionnelles, de veiller à l'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins, de conduire la mise en œuvre et l'exécution du plan d'amélioration des services cliniques et de fournir des conseils d'expert à la direction sur toutes les questions des soins infirmiers. Elles assurent aussi une présence dans les services (Delamaire et Lafortune, 2010). Les « **lead nurses** » quant à elles, dirigent le personnel infirmier des services, contribuent à la culture d'amélioration de l'établissement, répondent aux objectifs financiers, assurent le respect du code de bonnes pratiques du personnel, planifient et coordonnent les lits. Les « **Charge Nurse** » au niveau d'une unité de soins organisent et managent le service, assurent un haut niveau de qualité des soins, coordonnent les soins et la gestion des ressources humaines et, fait notoire, elles assurent le maintien d'une présence rassurante dans le service.

EN BELGIQUE



Les infirmiers chefs de service sont responsables des activités infirmières dans plusieurs unités de soins, un ou plusieurs services médicotechniques, un ou plusieurs domaines de l'art infirmier au sein de l'établissement ou une ou plusieurs de ces fonctions. Il est responsable de l'organisation, de la continuité et de la qualité de l'activité infirmière. Il collabore au développement de la politique infirmière dans l'hôpital et l'applique dans le cadre de ses compétences. **Les infirmiers en chef** quant à eux, sont chargés de la coordination de l'activité infirmière au sein d'une unité de soins.

LA PRÉSENCE D'UN MANAGER À CHAQUE NIVEAU HOSPITALIER APPARAÎT DONC COMME UNE PRATIQUE LOGIQUE ET NÉCESSAIRE.

- » Il convient de relever que dans les pays européens étudiés **cette ligne hiérarchique est globalement structurée sur le métier d'infirmier**. Il en est de même en France, à la réserve près qu'elle n'est pas exclusive puisque depuis 1995, la fonction de cadre de santé est accessible à l'ensemble des métiers paramédicaux des trois filières : infirmière, de rééducation et médicotechnique. **Et depuis 2002, le concours d'accès à la formation de directeurs des soins à l'EHPF est également ouvert aux trois filières.**

UN ÉTAT DES LIEUX

“FRANCO-EUROPÉEN”

» LE LEADERSHIP « INFIRMIER »

Comme en France, l'Angleterre a connu de nombreuses réformes de son système de santé de 1945 à aujourd'hui. Les revendications du corps infirmier ont été portées par le Royal College of Nursing (RCN). Ce collège rassemble et porte la voix des infirmiers depuis 1916. Sa structuration est une véritable force de lobby auprès du gouvernement. Si l'on constate que **chaque évolution de la profession en Angleterre est intervenue au cours d'une réforme du système de santé afin de s'adapter, en France, elles font généralement suite à des mobilisations des professionnels**. Le RCN est intégré pleinement au dialogue social avec les autorités et sa voix compte. Les infirmiers suisses ont eux aussi un poids important dans les prises de décision au niveau national mais aussi des cantons par le biais de l'Association Suisse des Infirmiers.

En France, les syndicats sont en général plus divisés et c'est une caractéristique nationale française (Campoy et al, 2011). On assiste à un éclatement de la représentation entre les syndicats confédéraux (CFDT, CGT, UNSA,...), les syndicats « corporatistes » (CNI, FNI, SNIIL,...), les associations (ANFIIDE, AFDS,...) et les ordres (infirmier et kinésithérapeute). En France, un DS peut être représenté par le Syndicat des Managers Publics de Santé (SMPS) ou autres syndicats confédéraux (Syncass CFDT, CH-FO) et s'il exerce en IFSI par exemple, par l'Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales (ANDEP) et le Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC), qui représente les instituts mais mobilise aussi les DS. Il existe des associations professionnelles pour l'ensemble des métiers paramédicaux.

DES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

POUR L'ENSEMBLE DES MÉTIERS PARAMÉDICAUX

La spécificité du profil des directeurs des soins français semble principalement liée au statut particulier de la Fonction Publique Hospitalière.

En annexe n°2, nous présentons les principales caractéristiques de la fonction de direction des soins en Europe parmi d'autres fonctions de « *top management des paramédicaux* ».

02 D'UNE ANALYSE AU QUESTIONNEMENT

Le rapport d'activité 2013 du CNG présente les grandes données démographiques et statistiques des corps de praticiens hospitaliers et de directeurs de la FPH. **Ces données permettent de mieux comprendre qui sont les directeurs des soins aujourd'hui.**

► UNE DIMINUTION PROGRESSIVE DE L'EFFECTIF DS

6,3%

de diminution
de l'effectif
des DS sur 2 ans

Sur deux ans, l'effectif des DS a diminué de 6,3%. Au 1^{er} janvier 2014, on dénombrait **806 directeurs des soins, contre 830 en 2013**, soit une baisse de 24 DS, après une diminution observée de 30 DS entre 2012 et 2013 (tableau 2), soit **un total de 54 DS sur deux ans**. Ce sont ces chiffres qui ont interpellé en premier lieu la FHF, l'AFDS et l'EHESP sur l'attractivité et la pérennité du statut de directeur des soins. Cette diminution s'explique par un nombre de sorties du corps supérieur au nombre d'entrées (tableau 1). **Le nombre de postes ouverts au concours a cependant augmenté** entre 2011 et 2013 passant d'une promotion de 35 à 45 élèves. Par contre, **le nombre d'EDS lui n'a pas augmenté** entre 2011 et 2013. Il n'a augmenté qu'en 2014.

3 PHÉNOMÈNES CONCOMITANTS DEPUIS 5 ANS

- Une baisse du nombre de postes de DS en France¹
- Une augmentation du nombre de places ouvertes au concours d'accès à la formation
- Un nombre d'EDS en formation, inférieur au nombre de postes ouverts au concours²

Et au final, **un nombre insuffisant de DS** pour répondre au nombre de postes vacants en France malgré une augmentation de places ouvertes à la formation : progression de 5 chaque année depuis 5 ans : **passage de 35 places en 2012 à 55 en 2016.**

► **Tableau 1** : Évolution de l'effectif des directeurs des soins entre 2012 et 2013.



Source : auteur, d'après les chiffres du CNG

1- Baisse qui pourrait s'accroître avec la création des groupements hospitaliers de territoire et notamment en ce qui concerne les directions d'instituts de formation.

2- Nombre de postes ouverts au concours : 35 en 2012, 40 en 2013, 45 en 2014, 50 en 2015 et 55 en 2016.

Tableau 2 : Évolution des entrées et sorties dans le grade.

2011	2012	2013
ENTRÉES 30	ENTRÉES 34	ENTRÉES 31
SORTIES 60	SORTIES 64	SORTIES 54
-30	-30	-23

Source : auteur, d'après les chiffres du CNG

En 2010, il y avait 923 DS en France, soit en 4 ans, une réduction de l'effectif de 118 postes, soit 12,7%.

Ces données peuvent amener à formuler une hypothèse selon laquelle **le métier de DS connaît une perte d'attractivité**. Mais ce constat est à mettre en perspective avec l'actualité et notamment certains regroupements hospitaliers : le nombre de postes de DS diminuent en France et pourrait encore davantage diminuer suivant l'avis de la DGOS. **Les DS évoluent de plus en plus vers des activités de coordination de plusieurs établissements ou activités**, assistés de cadres supérieurs de santé qui leur sont rattachés. Le nombre moyen de DS par établissement est de 1,9 en France, c'est à dire qu'il y a moins de deux DS en moyenne pour couvrir l'ensemble des activités de coordination de soins et d'institut de formation d'un établissement. Il n'y a donc qu'un DS dans nombre d'établissement pour coordonner l'ensemble des activités de soins et de formation. On peut ainsi imaginer que la diminution du nombre de DS est à corrélérer avec une évolution du profil et du nombre de postes tant ouverts que réellement vacants.

Cependant **le nombre de postes vacants chaque année est aujourd'hui difficilement quantifiable**. En effet, un même poste vacant peut être publié plusieurs fois par le CNG ce qui fait que l'addition stricte du nombre de postes publiés sur une année, ne donne pas le nombre de postes réellement vacants.

Le responsable de la formation des DS à l'EHESP précise en outre que sur les cinq dernières années, soit de 2010 à 2015, le nombre moyen de candidats au concours d'entrée en formation d'élève directeur des soins à l'EHESP est de 96 pour en moyenne 41 places. Le nombre moyen d'élèves accueillis en formation est de 35,6 pour 41 places ouvertes au concours. **Enfin, de 2011 à 2014, il n'y a que 141 postes qui ont pu être pourvus sur les 268 proposés aux élèves en formation, soit 52,6%.**

1,9
DS
par établissement
en moyenne
en France

D'UNE ANALYSE AU QUESTIONNEMENT

◉ UN CORPS FÉMINISÉ ET UN VIEILLISSEMENT PROGRESSIF

73,2%

de femmes
dans le corps
des directeurs

Le corps des directeurs des soins est très féminisé avec 73,2% de femmes (tableau 3) et vieillissant comme en témoigne la pyramide des âges (graphique 1). **La féminisation du corps infirmier explique en partie la part importante de femmes dans le corps des DS.**

Au 1^{er} janvier 2014, la direction de la recherche, des études et des statistiques (DREES) estimait que les femmes représentaient **86,9% des emplois infirmiers**. La féminisation est donc moins présente avec l'avancement dans la hiérarchie. Les hommes auraient plus tendance à se tourner vers le management et à poursuivre leur carrière dans ce domaine. La part moins importante de femmes pourrait aussi s'expliquer par la présence de kinésithérapeutes, manipulateurs en radiologie et ergothérapeutes dans le corps des DS. En effet, la même étude de la DREES estimait, au 1^{er} janvier 2014, la part de femmes à respectivement 76,9% pour les ergothérapeutes, 72,1% pour les manipulateurs en radiologie, et seulement 49,5% pour les kinésithérapeutes. **Ce phénomène est aussi notable en Angleterre où 9 « registered nurses » sur 10 sont des femmes mais où il existe un nombre disproportionné d'hommes dans la hiérarchie la plus élevée** (Commission du 1^{er} Ministre, 2010).

Autre fait marquant, les femmes sont majoritaires parmi les directeurs d'instituts (78%) et les coordinateurs généraux d'instituts de formation (77,6%) en revanche elles ne représentent que 55,6% des directeurs des soins sur un autre emploi comme des directions fonctionnelles.

◉ Tableau 3 : Répartition par sexe.

DIRECTEURS DES SOINS	
590 FEMMES	216 HOMMES
73,2%	26,8%

Source : D'après les chiffres du CNG

Le vieillissement du corps se poursuit d'année en année. La moitié des DS a plus de 55,7 ans, contre 55,4 ans en 2013 (tableau 4). L'âge moyen d'entrée dans le corps se fait aussi de plus en plus tardivement passant de 48,4 ans en 2011 à 50,3 ans en 2013. L'exigence d'une expérience professionnelle minimale pour entrer dans le corps est une raison probable de cet âge médian. Comme le montre le schéma 1, un directeur des soins ne peut débuter avant 32 ans (sauf exception comme l'obtention du baccalauréat avant 18 ans). En réalité, les directeurs des soins commencent rarement à cet âge. En effet, 56,5% des candidats inscrits au concours en 2013 et **plus de 71% des lauréats sont des cadres supérieurs de santé (CSS)**.

Pour accéder au grade de CSS, 3 années d'expérience en tant que cadre de santé sont nécessaires, et 10 ans dont 5 ans d'expérience en tant que cadre de santé pour accéder au grade de DS.

❖ **Schéma 1** : Âge d'accès minimum au poste de directeur des soins.



Le schéma ci-dessus est une approche théorique qui mériterait d'être ajusté à la réalité de l'âge moyen du DE des infirmiers. Le rapport de la DREES² de 2010, précisait une entrée constatée dans la profession infirmière à 26 ans. **A cette échelle, l'entrée dans le grade de DS est reportée à 37 ans.**

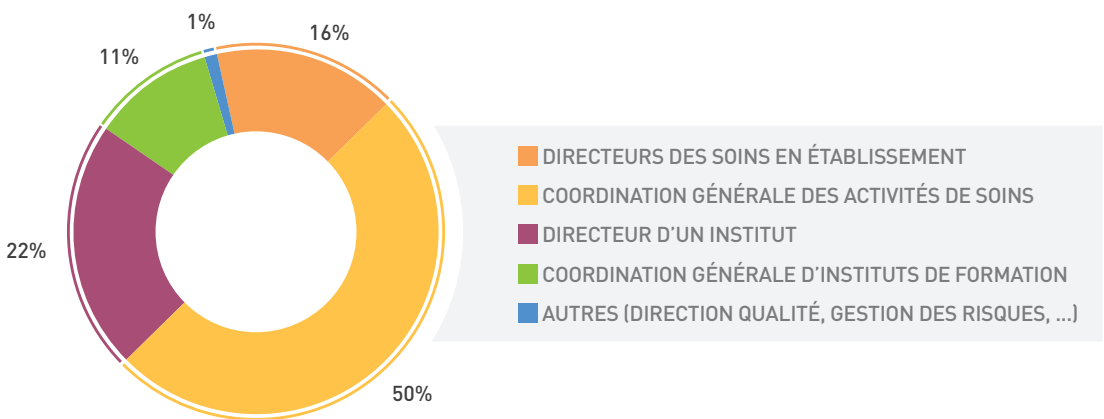
❖ **Tableau 4** : Âge moyen d'entrées et de sorties du corps.

	2011	2012	2013	2014
AGE MÉDIAN	--	54,9 ANS	55,4 ANS	55,7 ANS
MOYENNE D'ÂGE DANS LE CORPS	--	54,7 ANS	55 ANS	55,3 ANS
AGE MOYEN DES ENTRÉES	48,4 ANS	48,5 ANS	50,3 ANS	--
AGE MOYEN DES DÉPARTS EN RETRAITE	61,2 ANS	62,1 ANS	62,8 ANS	--

Source : d'après les chiffres du CNG

(--) absence de données

❖ **Graphique 1** : Répartition des DS selon l'emploi occupé.



❖ Le principal emploi des DS (47% en 2013 et près de 50% en 2014) se concentre sur la coordination générale des activités de soins. Un peu moins d'un quart des DS occupe un emploi de directeur d'institut de formation (22% en 2014, 25% en 2013).

2- La trajectoire infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. Rapport de la DREES, novembre 2010.

D'UNE ANALYSE AU QUESTIONNEMENT

81

directeurs des soins
nommés sur des emplois
fonctionnels

► UNE ORIENTATION DES DS VERS DH ET D3S ?

Depuis la modification de l'article 3¹ du décret du 7 janvier 2014, **les directeurs des soins peuvent être nommés à des direction fonctionnelles**² (DRH, qualité, relations avec les usagers, achats et logistiques, etc). Parallèlement, les directeurs de soins ont accès à des emplois³ fonctionnels⁴. Au total, fin 2014, 81 directeurs des soins ont été nommés sur des emplois fonctionnels sur les 100 qui ont été créés. Tous les postes n'ont donc pas été pourvus en 2014.

On note aussi qu'en 2015 **un nombre plus important de directeur des soins est admis au tour extérieur de DH ou D3S**.

► **Tableau 5** : Nombre de DS dont le dossier a été admis au tour extérieur de DH ou D3S depuis 10 ans (c'est à dire le nombre de DS admis à se présenter à la commission d'accès aux grades de DH ou D3S).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TE DH	1	5	5	7	5	4	3	1	3	8
TE D3S	--	--	4	7	2	0	2	0	1	3
TOTAL	1	5	9	14	7	4	5	1	4	11

Source : CNG

NB : Pour les D3S : en 2006 et 2007 il n'y a pas de tour extérieur, celui-ci ayant été mis en place à compter de 2008, après la création du corps

► Il y a donc eu **61 DS entre 2006 et 2015 dont le dossier de candidature pour le tour extérieur a été admis**. Cela représente moins de 10% au total pour presque 10 ans du nombre global de DS en France. En 2015, 11 candidats est une proportion de 0,01% du corps.

► **Tableau 6** : Nombre de DS nommés au tour extérieur, à l'issue de l'audition par la commission d'accès aux grades de DH ou D3S depuis 10 ans.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TE DH	1	1	4	4	5	3	3	1	1
TE D3S	--	--	1	3	1	0	0	0	1
TOTAL	1	1	5	7	6	3	3	1	2

Source : CNG

NB : Pour les D3S : en 2006 et 2007 il n'y a pas de tour extérieur, celui-ci ayant été mis en place à compter de 2008, après la création du corps. Les données 2015 n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction.

Ces deux tableaux montrent que tous les DS qui déposent un dossier pour le tour extérieur de DH ou de D3S ne sont au final pas nommés dans ces nouveaux grades. **La possibilité pour les DS de présenter le « tour extérieur » n’est pas un facteur majeur de départ du corps** proprement dit. Les directeurs des soins ont la chance de pouvoir évoluer vers deux nouveaux métiers que sont DS et D3S. Ils le font soit en restant dans le grade de DS, soit en se présentant aux tours extérieurs.

La problématique majeure repose sur le manque d’attractivité à l’entrée dans le corps de DS, que ce soit à partir du grade de CSS ou du grade de CS. Il n’y a pas de « fuite » du corps proprement dite telle que cela avait été supposé. Les cadres de santé se présentent également aux concours de DH ou D3S, les préférant parfois au concours de DS.

📊 **Tableau 7 :** Recensement des membres des corps des cadres de santé présents et admis aux concours de DH et D3S.

	CANDIDATS ADMIS À CONCOURIR	CANDIDATS PRÉSENTS	% DE PRÉSENTS	LAURÉATS	LISTE COMPLÉMENTAIRE
	2011				
TE DH	13	10	76,92%	1	0
TE D3S	18	14	77,78%	5	0
	2012				
TE DH	9	8	88,89%	1	0
TE D3S	15	15	100%	5	0
	2013				
TE DH	20	16	80%	0	0
TE D3S	22	18	81,82%	7	1
	2014				
TE DH	15	12	80%	1	0
TE D3S	29	23	79,31%	7	1
TOTAL	141	116	--	27	2

Source : Département concours, autorisation d’exercice, mobilité, développement professionnel - CNG

📌 En 2014, 15 cadres de santé se sont présentés au concours de D3S et 29 au concours de DH. Parmi ces candidats, 1 a été admis en DH et 7 en D3S. De 2011 à 2014, il a eu 141 candidats autorisés à concourir, 116 présents aux épreuves et 27 lauréats soit un taux de réussite de 19,14%.

1- Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière
2- Article 3, 4° « d’une direction fonctionnelle »
3- L’emploi fonctionnel est un emploi d’encadrement supérieur pourvu par détachement ou par recrutement direct. De durées déterminées, ils se caractérisent par une mobilité obligatoire. A contrario, la direction fonctionnelle est une modalité d’organisation interne d’un établissement
4- Arrêté du 5 août 2014 modifiant l’arrêté du 7 janvier 2014 fixant la liste des emplois fonctionnels des directeurs des soins du groupe II mentionné à l’article 1^{er} du décret n° 2014-8 du 7 janvier 2014 relatif aux conditions de nomination et d’avancement dans les emplois fonctionnels de directeur des soins de certains établissements mentionnés à l’article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

D'UNE ANALYSE AU QUESTIONNEMENT

En conclusion, plusieurs éléments peuvent interpeller à travers la présentation de ces chiffres : **l'âge élevé du corps des directeurs de soins et la différence négative entre les entrées et les sorties du corps.**

A partir de ces constats, il a semblé utile de réaliser un état des lieux de ce qui pourrait être la cause de la diminution du nombre de directeur des soins dans le corps. Les cadres de santé ne sont-ils plus attirés par le métier de directeur des soins ?



- ♦ Les directeurs de soins sont donc principalement des femmes
- ♦ Âgées en moyenne de 55 ans
- ♦ Infirmières de formation et exerçant dans la coordination générale des soins.
- ♦ Elles ont été cadre de santé puis cadre supérieur de santé.
- ♦ La sortie du corps des DS s'explique soit par un départ en retraite soit pour une petite partie par une orientation vers les corps des DH et D3S.

03 DES INTERROGATIONS POUR DES LEVIERS D'ACTION

► LE « FAISANT FONCTION » : SYMPTÔME D'UN SYSTÈME À DEUX VITESSES ?

Les établissements publics de santé ont de plus en plus recours à des postes de « *faisant fonction* » : ils confient provisoirement à des agents d'une catégorie des emplois correspondant à la catégorie supérieure. Ainsi des CSS¹ peuvent faire « *faisant fonction* » de directeurs des soins. Les raisons évoquées par les membres du groupe de travail sont diverses. Dans certaines situations, des chefs d'établissement qui n'ont pas de candidats suite à une publication de poste, recherchent une solution en interne et le « *faisant fonction* » en est une. Cependant, par la suite, **la nomination n'est pas assortie d'un engagement à suivre la formation.**

S'agissant de CSS exerçant comme directeur des soins, **les coûts pour l'employeur sont moins importants.** La diminution du nombre de DS dans le corps pourrait expliquer une difficulté à recruter, d'autant que des DS ne sont pas intéressés par certains postes. Cependant, plusieurs exemples individuels viennent contredire cet argument ayant plus de mal à trouver un poste en raison de plus grandes contraintes familiales.

Les compétences des « *faisant fonction* » qui occupent les responsabilités d'un DS ont été l'une des inquiétudes majeures soulevées par le groupe de travail. L'accès au grade de CSS se fait sur concours, aucune formation n'est obligatoire même si la plupart sont aujourd'hui titulaires d'un master 2. Le groupe de travail s'est alors demandé si le « *faisant fonction* » était en capacité de prendre part pleinement au directoire en ayant conscience des enjeux et si le directeur général de l'hôpital se questionne sur une différence de positionnement entre un DS et un « *faisant fonction* ».

**L'UNE DES
INQUIÉTUDES
MAJEURES
SOULEVÉES
PAR LE GROUPE
DE TRAVAIL,**
*les compétences des
« faisant fonction »
qui occupent les
responsabilités
d'un DS*

- Un nombre important de « *faisant-fonction* » occupe donc aujourd'hui les postes de directeur des soins. Si ces postes s'inscrivent sur le long terme et que les « *faisant-fonctions* » ne sont pas accompagnés pour passer le concours de DS, **ils participent alors inévitablement à la diminution du corps des directeurs des soins.**

1- Le CSS est un soignant qui exerce soit des fonctions transversales (en hygiène, qualité, formation continue, recherche), soit une responsabilité d'encadrement de pôle. Il est alors membre d'un « trio de pôle », avec le médecin chef du pôle et le cadre administratif. Ensemble, ils pilotent l'organisation d'un pôle d'activités par exemple, un pôle de soins médicaux, chirurgicaux, de radiologie ou encore de biologie.

L'idée qu'un délai puisse être créé pour un exercice limité de FFDS serait certainement une solution. Il s'agirait de créer un véritable contrat d'objectifs et de moyens pour l'accompagnement de candidats vers le concours DS. Cette contractualisation entre l'établissement et le candidat, sur la base d'indicateurs transparents, contribuerait sans conteste tant à la préparation d'un candidat **à la réussite au concours DS qu'à la reconnaissance de son positionnement sur une fonction transitoire dans l'établissement.**

» UNE HIÉRARCHIE ET UN PARCOURS PROFESSIONNEL TROP COMPLEXES ?

Comme le montre le schéma en annexe n°1, la hiérarchisation des filières soignantes est complexe. Du soignant au cadre de santé, du cadre de santé au directeur des soins en passant souvent par la case CSS, **la filière soignante a construit un système managérial pyramidal.**

Les directeurs de soins ont un âge médian de 55,4 ans en 2012 (CNG, 2012). L'âge moyen de la promotion 2015 est de 49 ans pour 48,5 ans en 2012. L'entrée en formation à un âge avancé s'explique par les années d'expérience nécessaires pour passer les concours d'entrée en formation de cadre puis de DS (Schéma 1). Mais est-ce que cet usage est justifié ?

La comparaison pourrait être faite avec les DH ou les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S) qui peuvent prétendre au concours externe en possédant un diplôme national sanctionnant au moins trois années d'études supérieures ou concours interne en justifiant de quatre années au moins de service public (Etat, hospitalier et territorial). **Il y a donc des DH qui sont en poste et ont moins de 30 ans.**

A contrario, la fonction de DS se construit tardivement dans le management. Lors des échanges au sein du groupe de travail, a été évoqué que l'on entretiendrait aujourd'hui l'image que pour être DS il faut être un « *super cadre supérieur* ». En ceci la France se différencie de ses voisins européens où l'accès à une direction soignante n'est pas autant en escalier de responsabilités, du niveau de proximité, au niveau intermédiaire puis stratégique.

LA FONCTION DE DIRECTEUR DES SOINS

SE CONSTRUIT TARDIVEMENT
DANS LE MANAGEMENT



DES INTERROGATIONS

POUR DES LEVIERS D' ACTIONS

- **La filière soignante s'est organisée sur un modèle bi-polaire entre le « médical » et « l'administratif ».** Les médecins ont un système électif, de représentation par leurs pairs. Le président de la commission médicale d'établissement qui siège de droit au directoire est élu par les médecins. Il a donc une reconnaissance de ses pairs. L'infirmier devenu cadre, cadre supérieur puis DS a, quant à lui, réussi des concours, validé des formations et a été recruté par le chef d'établissement. Il est réglementairement le président, non élu, de la Commission Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques et membre de droit également du directoire. A la différence du PCME, il doit se construire une légitimité auprès de ses pairs lorsqu'il prend un poste. Pour des membres du groupe de travail, il faut *« souvent du temps, et parfois c'est au moment où il l'obtient qu'il part à la retraite. »*. Ce constat serait dû une nouvelle fois à **la problématique de l'âge d'entrée dans la fonction.**

L'exigence d'une expérience minimum avant les concours dans les différents grades freinerait donc l'évolution de carrière dans le management, des soignants, vers le sommet de la pyramide.

Les paramédicaux limitent eux-mêmes l'évolution de leur propre carrière en imposant des durées d'expérience plus importantes que celle requise par le cadre réglementaire pour l'avancement au grade de CS, CSS voire même de DS.

**UNE DURÉE
D'EXERCICE PLUS
IMPORTANTE**
*à chaque étape
de la carrière laisserait
présager un plus
grand niveau
de compétence*

En effet, sur le terrain, d'après le groupe de travail, une durée d'exercice plus importante à chaque étape de la carrière laisserait présager un plus grand niveau de compétence. Or, ce n'est pas toujours le cas d'après les membres du groupe toujours, même si l'usage veut que le candidat à la fonction de DS se sente plus rassuré par un plus grand nombre d'années d'expérience.

Dans le même ordre d'idée, l'ouverture du concours DS aux cadres, n'est pas totalement reconnue et encore moins investie par certains directeurs des soins qui semblent vouloir *« imposer »* à l'encadrement paramédical des progressions échelonnées *« classiques »* (comme eux-mêmes auraient pu faire). Le dispositif d'avancement de grade est d'autant plus complexe qu'en plus du cadre réglementaire, les paramédicaux imposent la notion de preuve par l'expérience.

Dans certains pays européens, la preuve de la compétence semble davantage dépendante de la qualification par la formation : possibilité d'accès plus rapide au poste avec un master voire un doctorat.

» UNE RÉMUNÉRATION INSUFFISAMMENT ATTRACTIVE ?

Des personnes interrogées lors des entretiens et certains membres du groupe de travail se sont fait l'écho de propos sur le sujet sensible du niveau de rémunération du métier de DS « *on fait le même boulot que les DH mais on n'a pas la même rémunération* ». Ce propos désignant **les directeurs des soins qui sont affectés sur des postes fonctionnels comme les directions de la qualité ou les DRH par exemple, tout en restant dans le grade de DS.**

En effet, **il existe un décalage entre les grilles de salaire des DS et des DH.** Pourtant les DS peuvent être affectés à une direction fonctionnelle depuis le 7 janvier 2014. Quelques DS aboutiraient alors au constat suivant : « *quitte à passer 12h à bosser autant le faire pour la rémunération du DH* » comme l'a évoqué l'un des membres du groupe de travail. Cela explique en partie pourquoi **des DS sont motivés pour candidater au « tour extérieur » pour être DH.**

Si la différence de salaire entre les DH et les DS semble attirer les DS à changer de fonction, ce ne serait pas le cas entre les CSS et les DS. La différence de rémunération ne serait pas attractive entre les CSS et les DS et **ne motiverait donc pas à vouloir devenir DS**, d'après les entretiens semi-directifs dont nous disposons pour cette étude.

En effet, **le dernier indice des CSS est le même que le dernier indice des DS de classe normale.** Les DS ayant une carrière courte du fait de leur entrée tardive dans le corps, n'ont alors pas forcément la possibilité de changer de classe, donc de grille et d'augmenter nettement leur niveau de rémunération par rapport aux CSS.

- » **La différence de salaire avec les DH pourrait favoriser la sortie du corps des DS et celle avec les CSS à freiner l'entrée dans le corps des DS.** Pourtant, la différence de rémunération entre les CSS et les DS reste tout de même positive pour les DS, notamment en raison des primes et indemnités de logement. Seulement, un CSS à l'échelon 6, en fin de carrière qui a aujourd'hui près de 50 ans (moyenne d'âge des EDS en 2015), n'a que peu d'intérêt au départ, d'un point de vue financier, à se présenter au concours DS. Il gagnera d'emblée que 130€ de plus et sa durée de carrière étant courte s'il fait valoir ses droits à la retraite à 62 ans, il n'atteindra le dernier échelon que 7 ans après pour gagner 400€ de plus qu'un CSS.

DES INTERROGATIONS

POUR DES LEVIERS D' ACTIONS

» QUEL IMPACT D'UNE FORMATION SUR UN SITE UNIQUE : L'EHESP ?

La formation s'effectuant sur un site unique à Rennes, passer le concours est donc un projet qui se réfléchit en raison du **niveau d'investissement élevé sur le plan professionnel et ses conséquences sur le plan personnel**. Les candidats ont souvent des enfants à charge, c'est ce qu'exprime l'une des DS « *On (...) est en troisième partie de carrière. (...). On a déjà une vie familiale installée. (...) L'effort d'aller à Rennes est quand même lourd. (...) Ça coûte cher financièrement. (...). Et puis cela perturbe énormément la vie personnelle pendant cette année. Donc il peut y avoir des cadres qui attendent* ».

Mais passer le concours de DS n'est pas seulement un investissement sur une année de formation. Le concours est calqué sur les concours administratifs de haut niveau et s'anticipe au sein de cycles préparatoires. A la sortie de la formation, **le DS n'est pas certain d'avoir un poste dans sa ville ou région d'origine**. Il doit donc être mobile et disponible.

LE CANDIDAT À LA FONCTION
DE DIRECTEUR DES SOINS DOIT

**ÊTRE MOBILE
GÉOGRAPHIQUEMENT
ET DISPONIBLE**

- » Devenir DS s'inscrit donc dans un projet de vie et demande une grande souplesse d'un point de vue organisationnel et même de son entourage proche. Certains membres du groupe de travail se sont demandés si la formation unique dispensée à Rennes était la plus adaptée et s'il ne faudrait pas d'autres sites de formation de proximité pour favoriser les vocations, même si l'avis du responsable actuel de la formation des DS à l'EHESP estime que ce serait une erreur dans la mesure où la délocalisation priverait les EDS des temps de formation inter-filière qu'ils apprécient.

» UNE ÉVOLUTION DEPUIS LA CRÉATION DES PÔLES ?

Le plan Hôpital 2007 renforce le rôle des cadres « *manager* » impliqués dans les pôles. La contractualisation d'objectifs et de niveaux de performance nécessite des négociations, **ce qui a renforcé la place des cadres de proximité et intermédiaires, ainsi que leur visibilité** [Schweyer, 2013]. Mais c'est la loi du 21 juillet 2009 – Hôpital, Patients, Santé et Territoires, dite loi Bachelot – qui va modifier la ligne hiérarchique. Nommé sur proposition du chef de pôle, le cadre paramédical de pôle complexifie une échelle hiérarchique plutôt claire.

Le CSS, cadre paramédical de pôle a désormais une responsabilité dans les décisions qui concernent le pôle en assistant le chef de pôle dans le pilotage des activités. Sa responsabilité se trouve engagée en ce qui concerne l'organisation des activités de soins, l'élaboration du projet de pôle, la contractualisation avec la direction, ainsi que l'analyse et les décisions médico-économiques qui en découlent. **De nouvelles relations ont alors émergées entre le DS et le CSS.**

Les DS ont perçu une perte d'engouement pour leur fonction. Pour l'une des directrices des soins retraitée : « *Le pôle n'explique pas tout mais je pense qu'en partie, la mise en place des pôles a remis en question cette fonction. Parce que lorsqu'on voit l'importance d'un pôle qui est confié à un cadre supérieur, (...) ce sont des postes que pouvaient avoir des directeurs de soins* ». D'après un autre entretien, les DS ont parfois mis du temps avec la mise en place des pôles, à regagner leur légitimité ou du moins à repositionner leur responsabilité de coordination générale des soins.

Une autre directrice des soins expliquait qu'en raison des missions stratégiques dévolues aux pôles, les CSS ne voyaient pas la pertinence de s'éloigner du terrain et d'avoir une mission transversale au niveau d'une CGS.

**UNE PERTE
D'ENGOUEMENT**
*des DS pour
leur fonction*

- » En résumé, l'absence de formation complémentaire des CSS, le peu de différence de rémunération et la possibilité d'avoir des fonctions transversales ou d'exercer comme « *faisant fonction* » de DS sont cités comme éléments explicatifs à l'origine du manque de motivation du CSS à passer DS. A ce sujet, une DS interviewée s'exprime : « *C'est un grade qui s'obtient, c'est statutaire, il n'y a pas de formation obligatoire. Le jour, où peut-être il y aura une formation obligatoire, peut-être que ça changerait un peu les choses.* »
- » D'après les entretiens conduits pour ce travail, l'attractivité du corps des CSS, de par l'absence de formation et le développement des compétences et des responsabilités, n'inciterait donc pas à entrer dans le corps des DS.

► UN SENTIMENT D'ÉLOIGNEMENT DES ÉQUIPES ?

Une directrice des soins a évoqué l'idée que les «*cadres supérieurs sont proches des équipes et on peut penser que les DS sont déconnectés du terrain*». Quitter une gestion de proximité et le «*terrain*» semble perçu par certains professionnels comme peu attractif voire même une trahison ! La rupture se fait déjà entre cadre de santé et CSS mais elle apparaît encore plus importante dans la «*représentation*» de la fonction de DS. **Les carrières soignantes sont alors comme marquées par des ruptures avec leur métier soignant d'origine.** Dans leur représentation, ils doivent renoncer à une certaine proximité avec les patients et les équipes.

Pourtant le DS est au cœur du projet de soins de l'établissement. Il a un réel rôle à jouer dans les politiques de qualité et de sécurité des soins. Il se préoccupe aussi des questions de qualité de vie au travail des soignants, pouvant mettre en place des projets concrets à partir des ressentis et des données du terrain.

Le rôle et les missions du DS ne semblent pas assez visibles auprès des soignants. L'utilité même du directeur des soins non CGS n'est pas acquise pour l'ensemble du corps de direction. En revanche, un responsable de la coordination des activités ne fait pas débat.

UN RÉEL RÔLE À JOUER

DANS LES POLITIQUES
DE QUALITÉ ET DE
SÉCURITÉ DES SOINS

Pour preuve : le nombre important de «*faisant fonction*» affecté à cette coordination. Il est donc admis qu'il faut un paramédical pour ces responsabilités mais la qualification de directeur des soins semble questionnée par le milieu professionnel tant soignant que médical d'après certains membres du groupe de travail et des personnes interviewées pour cette analyse.



D'UNE VISION PARTAGÉE À UNE AMBITION

Pour la Fédération Hospitalière de France et l'Association Française des Directeurs des Soins, contributives d'une vision partagée sur le métier de directeur des soins, deux points clefs doivent orienter les actions futures qui seraient mises en œuvre :

- ♦ Une seule catégorie de cadres de direction
- ♦ Une même rémunération quelle que soit l'origine

La FHF n'a pas vocation à défendre ou porter des revendications catégorielles. Cependant, elle peut s'exprimer pour exposer une intention qui lui paraîtrait **cohérente dans un contexte prospectif**.

Un frein important pour les éventuels candidats à la fonction de directeur des soins est la rémunération. « *Les directeurs des soins gagnent moins que les directeurs d'hôpitaux* ». Pourtant, ils ont un champ de responsabilité large et une expérience longue de management qui de fait n'est pas valorisée. Dans l'esprit de certains professionnels, le directeur des soins « *n'est pas encore tout à fait un directeur* ». Son positionnement parfois mal défini dans certains établissements en fait « *celui de l'équipe de direction qui intervient une peu dans le domaine de tous les autres* ». « *On a les dossiers que les autres ne veulent pas* ». Pourtant, **les directeurs des soins sont les seuls à disposer d'un décret précisant leurs missions, d'un référentiel de compétences, d'un référentiel de positionnement**.

L'ambition exprimée par la présente analyse pourrait être de simplifier la direction des établissements de santé en la confiant à une équipe de directeurs formés suivant un socle commun mais ayant dans un deuxième temps réalisé une spécialisation. **La fonction de directeur des soins doit rester uniquement accessible à des professionnels ayant déjà eu une expérience de management des soins et titulaires d'une qualification soignante.**

❖ QUEL DS FERAIT L'UNANIMITÉ ?

Le directeur des années 2020 des soins est un professionnel de santé qui a choisi à un moment donné de s'orienter vers la fonction de DS sans investir nécessairement avant cela la fonction de CSS. C'est un cadre de santé (au sens actuel de la définition) qui, disposant de compétences managériales dans le domaine stratégique et politique, a choisi de changer de métier concrétisé par son entrée dans le corps des DS.

Concrètement, le schéma suivant résume les deux voies possibles pour accéder au métier de DS représenté comme suit (schéma en Y) :



A ce jour, il existe déjà la possibilité d'un accès direct à la fonction de DS par le grade de CS. Le changement que nous préconisons est un véritable choix de carrière entre la fonction de CSS et celle de DS :

- ❖ **Les deux métiers seraient accessibles après la même durée d'ancienneté.** A ce jour : 5 ans au 1^{er} janvier dans le grade de CS pour être DS et 3 ans pour être CSS). La durée commune à mettre en place pourrait être, selon la FHF de 3 ans au 1^{er} janvier de l'année du concours d'accès au grade de CSS ou de DS.
- ❖ **L'exercice des deux métiers serait effectif après une formation d'adaptation à l'emploi.** Actuellement, cette formation existe seulement pour les DS.
- ❖ **Les deux formations pour DS et CSS seraient qualifiantes** : une formation professionnelle et universitaire : MASTER pour les CSS¹

Il s'agirait d'un « *parcours court* » qui n'est à ce jour privilégié ni par les DS, ni par les DH.

Dans ce schéma, les deux grades sont considérés comme des métiers très différents, l'un (CSS) ne donnant pas nécessairement une priorité d'accès à l'autre (DS). Il conviendrait pour autant de ne pas supprimer l'accès au grade de DS par le grade de CSS.



1- Le groupe de travail ne propose pas un doctorat pour les DS, afin de ne pas bloquer l'accès de DS avec un niveau de formation académique qui ne prépare pas à des fonctions managériales opérationnelles et de surcroît éloigne du terrain.

04 D'UNE VISION PARTAGÉE À UNE AMBITION



► En France, nous avons une petite incohérence réglementaire pour la progression de carrière des paramédicaux qui se présente comme suit : des accès au grade par concours sur titre pour les CS et les CSS, un concours sur épreuves d'accès à la formation pour les CS et les DS. Les CSS n'ont pas de formation avant ou après un accès au grade ou à la fonction par concours sur titre.

La situation actuelle est la suivante :

CADRE DE SANTÉ	CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ	DIRECTEUR DES SOINS
ACCÈS À LA FORMATION CONCOURS SUR ÉPREUVES	ACCÈS À LA FORMATION PAS DE FORMATION	ACCÈS À LA FORMATION CONCOURS SUR ÉPREUVES
ACCÈS AU GRADE CONCOURS SUR TITRE	ACCÈS AU GRADE CONCOURS SUR TITRE	ACCÈS AU GRADE CONCOURS SUR ÉPREUVES

Pour le groupe de travail, les trois grades (CS + CSS + DS) devraient être accessibles suivant un même schéma, soit un concours unique d'accès au grade et à la formation. Dans cette perspective, il est nécessaire de créer une formation pour les CSS.

La situation que nous préconisons :

CADRE DE SANTÉ	CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ	DIRECTEUR DES SOINS
ACCÈS À LA FORMATION CONCOURS SUR ÉPREUVES		
ACCÈS AU GRADE CONCOURS SUR ÉPREUVES		

Il serait opportun d'uniformiser le cadre réglementaire de l'accès aux différents niveaux hiérarchiques de la carrière paramédicale. La fusion pour un concours unique sur épreuves d'accès à la formation et au grade permettrait, en outre, d'envisager la création d'une formation pour les Cadres Supérieurs de Santé qui préparerait leurs nouvelles missions. D'une manière générale, nous défendons des formations d'adaptation à l'emploi pour les trois grades managériaux des filières infirmière, de rééducation et médico-technique.

En complément de cette analyse, la FHF réalisera une étude complémentaire de la fonction de CSS afin de préciser les différences entre les métiers de CSS et de DS.

La fonction de DS s'est construite il y a 40 ans. Au sommet d'une pyramide hiérarchique, elle emprunte encore des modèles religieux et militaires ayant inspiré la structuration de la carrière infirmière. L'infirmière-chef est devenue une surveillante avant d'être un cadre de santé par exemple.

Par ailleurs, **la fonction de DS s'est aussi construite en parallèle des fonctions des directeurs d'hôpitaux et des médecins.**

Le Coordonnateur Général des Soins (qui est majoritairement un directeur des soins) préside une commission (la CSIRMT) comme la CME est présidée par un médecin. A la différence que le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME) est élu par ses pairs alors que le DS, nommé par le chef d'établissement, est réglementairement le président de la CSIRMT.

Le grade de CSS est une étape hiérarchique dont le positionnement, par exemple sur le pilotage d'un pôle, n'est pas identifié dans la loi. C'est le métier pour lequel l'accès au grade confère la compétence sans pour autant que cette compétence repose sur une qualification. Le CSS est celui qui a pu valoriser une plus grande expérience mais qui a peut-être échoué au concours de DS. Il deviendra peut-être « *faisant-fonction* » en tant que DS parce que ses capacités managériales ou aptitudes seront reconnues ultérieurement par un chef d'établissement.

- ♦ **La fonction de directeur des soins ne doit pas être l'aboutissement d'un parcours long ayant pour étape, presque incontournable, le grade de CSS. C'est un cadre de santé ayant des potentialités de manager. C'est un professionnel qui a des « talents de managers », confortés par une formation d'adaptation à l'emploi d'un an, similaires à un directeur administratif. A contrario, le CSS est un professionnel « technicien des organisations » de dimension intermédiaire.**

Au final, notre réflexion doit tenir compte des différents moyens de valoriser le métier de CSS afin de mieux identifier le métier de DS. Plus le métier de DS sera « *reconnu* » par le milieu professionnel, plus le nombre de candidats à cette fonction devrait augmenter. Pour cela, la fonction de DS ne doit pas être pourvue par des CSS en exercice de « *faisant fonction* », ne doit pas être « *un peu tout à l'hôpital* », c'est à dire également en charge de la qualité, de la gestion des risques, des relations avec les usagers, de la gestion des activités, excepté dans des établissements de plus petites tailles.

Quant à la valorisation du métier de CSS, une formation adaptée devrait y contribuer.



D'UNE VISION PARTAGÉE À UNE AMBITION

- Le directeur des soins ne doit pas être qu'un administratif chargé du soin. Il doit être un directeur avec un profil de soignant à part entière. Il ne doit pas craindre de s'occuper du soin en privilégiant des tâches administratives. **Concrètement, le DS doit être un véritable directeur responsable de la stratégie et de la politique de soins, fort de son expertise soignante (qualification et expérience) mobilisable à tous les niveaux de décisions.** Cela devrait en outre permettre souvent de le distinguer plus facilement du DRH et faciliter les tandems DS/DRH.

Il a un rôle essentiel en collaboration étroite avec le PCME, mais aussi les chefs de pôles et les responsables d'unités pour transformer l'organisation verticale actuelle des établissements de santé en des organisations centrée sur le parcours du patient.

► LE DS DOIT ÊTRE UN SOIGNANT, C'EST UNE VALEUR AJOUTÉE

Comme en Angleterre et en Belgique, la France doit sans doute **maintenir un profil soignant aux directions et coordinations générales des soins.** L'expertise paramédicale est nécessaire par rapport aux missions confiées et aux orientations stratégiques à prendre à ce niveau hiérarchique : compétences dans le domaine clinique, rôle clef lié à la qualité des soins et à la sécurité, rôle de leadership, développement des rôles avancés chez les soignants et innovation organisationnelle.

En revanche, il faut s'interroger sur les domaines partagés entre le « *paramédical* » et le « *médical* ». Les deux sont experts du soin et de l'organisation des soins.

En France, **le poids du corps médical est prépondérant dans les processus décisionnels.** L'avis du soignant est souvent relégué au second plan.

C'est lui qui doit faire le lien avec le terrain, maillon indispensable entre le « *care* » et la stratégie. Le *care* est attribué parfois au médecin à défaut souvent du soignant qui connaît pourtant bien les besoins non médicaux du patient.

FAIRE LE LIEN AVEC LE TERRAIN,

MAILLON INDISPENSABLE ENTRE
LE « *CARE* » ET LA STRATÉGIE

Le CGS est, de son côté, parfois observé comme « *donneur d'ordre de mise en œuvre* » d'une décision médicale. Le projet de soins est décliné du projet médical.

A contrario, dans le secteur privé lucratif, **la fonction de directeur des soins peut paraître davantage au cœur de la stratégie que dans le secteur public.** En effet, le coordonnateur des soins va contribuer à la bonne réputation de la clinique en identifiant des organisations soignantes efficaces : des parcours simples et efficaces, des médecins adéquats en fonction de la pathologie, des continuités opérationnelles. Le directeur des soins est l'un des seuls de l'hôpital ayant la vision globale du soin, et le soin est le fondement de l'hôpital, au service de la personne humaine.

Sans digression, le directeur des soins doit sans doute arrêter de « *courir après* » la reconnaissance des administratifs et du personnel médical. **Il doit être un soignant avec des expériences managériales, porteur des valeurs fondatrices de l'institution de santé : le soin.** Il doit faire ses preuves dans le sens où c'est son « *talent* » qui doit primer à sa formation, pour coordonner les activités de prise en charge d'un établissement.

En institut de formation, le DS ne doit pas être l'adjoint administratif exécutant un programme pédagogique. **Il doit être l'expert du soin orientant une politique pédagogique pour la formation de professionnels de santé.** Dans le cas contraire, le directeur d'institut peut être de toute autre compétence gestionnaire, administrative ou budgétaire. Finalement, le DS des instituts de formation paramédicaux devrait être un peu comme à l'image des responsables de diplômes à l'université : centré sur l'animation, la planification et l'organisation d'une politique pédagogique.

Le DS doit être un soignant expérimenté pour permettre à l'hôpital de se centrer sur le soin. En effet, il peut faire le lien entre les besoins en soins d'une population prise en charge et l'offre adaptée aux contraintes budgétaires de manière plus pertinente que des consultants en marketing aux tarifs souvent élevés. Il peut agir pour la qualité et la sécurité des soins, concourir à la construction des parcours de vie, de soins des patients, résidents. C'est celui qui, éloigné de l'hyper-technicité des médecins, peut avoir une vision globale de la personne soignée. **Il doit être convaincu de ses valeurs, fier de ses origines paramédicales, conforté dans son positionnement.**

**LE TALENT
DU DS DOIT
PRIMER**

sur sa formation



» **LE DS DOIT ÊTRE UN CS**

Comme dans les pays européens étudiés, le DS en France doit justifier d'une expérience managériale. Mais cette expérience n'a pas forcément besoin d'être longue ou d'un niveau intermédiaire. Il est déjà possible aujourd'hui pour des cadres de santé de se présenter au concours DS, mais force est de constater que « *le milieu* » encourage les expériences d'encadrement supérieur et que les CS face à la difficulté du concours notamment au cycle préparatoire préfèrent passer le concours DH ou D3S étant donné l'investissement considérable consacré. L'étude en 2013 de M.NICOLAS illustre ce dernier point. **Peu de candidats n'ont pas d'expérience de CSS** (cf. annexe n°4).

D'UNE VISION PARTAGÉE À UNE AMBITION

► DS OU CSS, DEUX PARCOURS DISTINCTS POUR UN EXERCICE COMPLÉMENTAIRE

En France, le groupe de travail avance l'idée que le futur DS met trop de temps à déclarer sa candidature et perd un peu ses chances. L'expérience professionnelle est essentielle dans une fonction d'encadrement, mais des potentiels sont peut-être perdus, faute de confiance et de connaissance par rapport au projet de postuler à un poste de DS.

Les établissements ont besoin de talents managériaux, experts du soin.

Des outils managériaux sont à leur disposition pour les y aider comme par exemple les outils classiques de gestion de carrière et de GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) ou plus récemment la « *gestion des talents* ». Cette dernière est un outil intéressant pour aider les structures à détecter leurs potentiels et dans une logique de gestion plus individualisée (cf. annexe n°3). Les directeurs d'établissements, doivent croire en une évolution managériale de la ligne hiérarchique paramédicale et construire une dynamique commune pour les directeurs de soins.

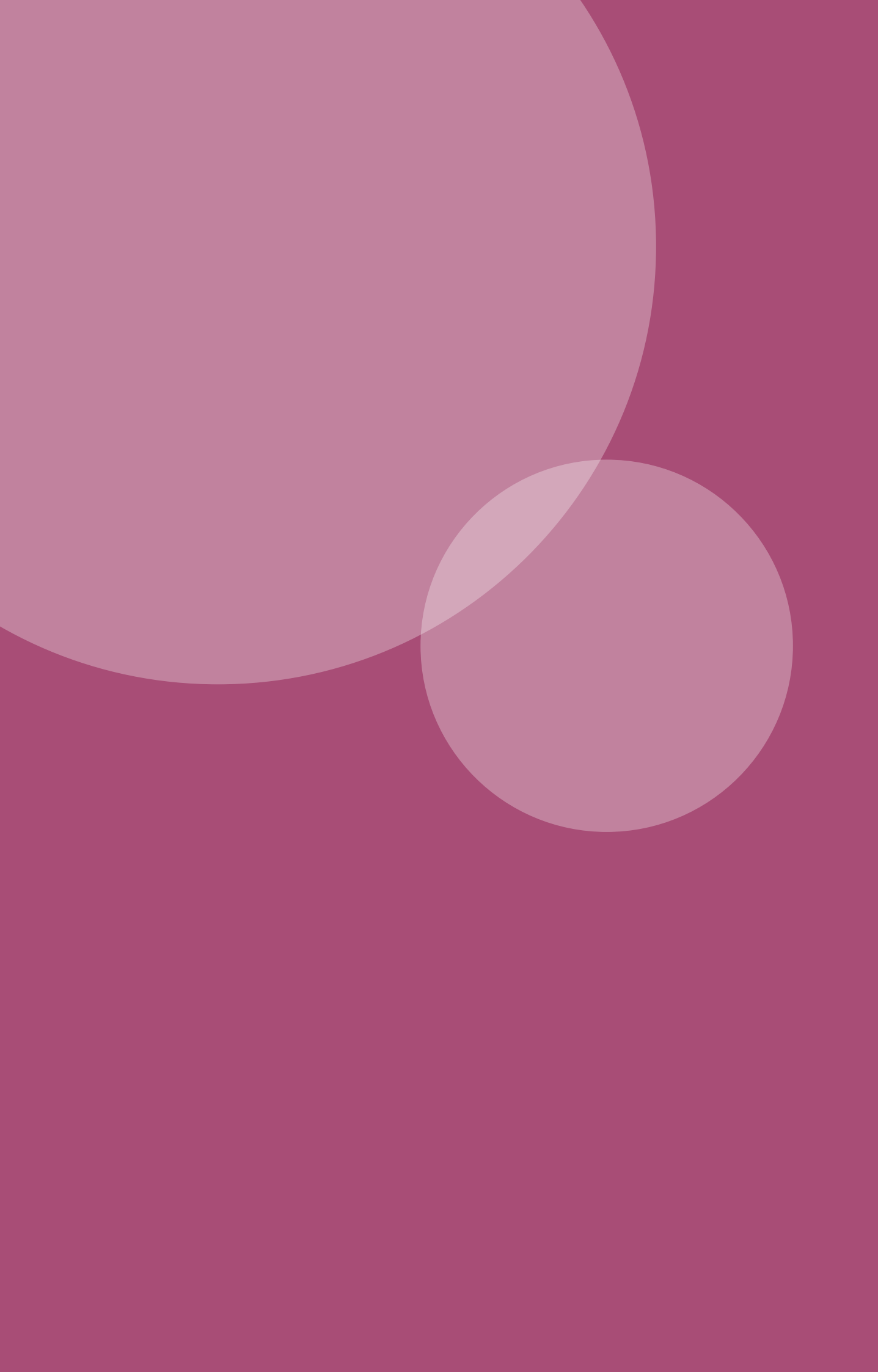
► Quelques actions emblématiques semblent d'emblée prioritaires pour agir :

- **Etablir des contrats d'objectifs** pour les cadres de santé en fonction de leurs points forts et ne pas demander à tous les cadres de savoir tout faire avec performance. Les établissements ont déjà et ont besoin de compétences variées et complémentaires. Dès à présent, il faut contractualiser des projets de parcours professionnalisant avec des cadres (CS ou CSS) pressentis pour être rapidement des directeurs des soins. Seule la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens vers le concours DS devrait permettre l'accès à un exercice de faisant-fonction de directeur des soins.
- **Créer un référentiel de formation des CSS**, en cohérence avec le référentiel de formation des DS¹. L'un doit permettre de différencier et valoriser l'autre. Il conviendra au préalable de rédiger des référentiels d'activité et de compétences pour les CSS².
- **Renforcer le plaisir au travail et l'engagement pour les CS, CSS et DS**. Concrètement, à ce jour d'après les entretiens et certains membres du groupe de travail « *une vague de morosité* » semble envahir les grades paramédicaux. Même les talents n'ont plus forcément la motivation pour s'engager à concourir à des grades supérieurs.

L'ambition de l'élargissement de cette étude à d'autres pays que la France menée sur la fonction de directeur des soins était de produire un plan d'actions, pour certes identifier des leviers d'actions permettant d'augmenter le nombre de candidats au concours DS, mais aussi in fine bousculer la ligne professionnalisant les paramédicaux. Nous avons notamment constaté que des « *jeunes DS* » dotés de master voire de doctorat, pouvaient accéder à la fonction comme en Angleterre. En fait, **ce n'est pas nécessairement d'un « ancien CSS qui a gravi encore une marche » dont les établissements ont besoin, mais aussi de jeunes DS motivés.**

1- <http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel-de-competences-directeur-soins-2015.pdf>

2- La construction d'une ingénierie de formation se réalise en 4 étapes chronologiques : référentiel d'activités, puis référentiels de compétences, puis référentiels de formation et enfin référentiel de certification.



CONCLUSION

A l'issue de cette étude, apparaît clairement la nécessité de mettre en œuvre un plan d'actions dès l'année 2016. Mais agir pour les directeurs des soins, c'est aussi agir pour les CS et les CSS et donc favorablement pour le management des organisations de soins et in fine pour le bénéfice des patients.

- ♦ Les conditions d'accès à un métier ne peuvent être renouvelées de manière isolée des autres métiers paramédicaux.
- ♦ Les décisions réglementaires prises pour les DS devront être cohérentes avec des décisions réglementaires pour les CS et les CSS.

Le « vivier » de DS n'est pas uniquement le groupe des CSS. C'est bien aussi le groupe professionnel des CS ou les jeunes CSS de moins de 5 ans d'ancienneté.

Dans les pays européens comme l'Angleterre, le DS est un soignant dont l'expérience professionnelle de management prime sur la formation et est valorisée par un niveau de revenus ajustables aux missions confiées et aux opportunités offertes par l'employeur.

En France, il est possible d'établir une modernisation du schéma actuel tout en préservant les principes statutaires. Le plan d'actions paraît donc réalisable.

DEUX MANQUES

- ♦ **Une volonté d'agir rapidement**, prenant le risque de faire de la ligne hiérarchique paramédicale un enjeu de performance pour les établissements publics de santé dont les instituts de formation.
- ♦ **Une évolution des mentalités** tant des chefferies d'établissement que des directeurs des soins eux-mêmes qui ensemble oseront construire des dispositifs d'accompagnement y compris tutoriels pour permettre aux CS de réussir tant l'accès aux fonctions de DS qu'à celles de CSS.

La présente note de situation est une synthèse d'analyses menées pour in fine tenter de comprendre la baisse de candidatures au concours de DS et la pallier. Les rédacteurs sont une partie des acteurs. Là est la gageure de cette démarche : préparer l'action par la compréhension partagée des enjeux à venir. L'état des lieux a été partagé par les différents membres du groupe de travail.

Il ne manque donc plus que le déclenchement de l'action.

BIBLIOGRAPHIE

- ♦ **Australian nursing federation**, “*management of nursing and midwifery services*”, www.anmf.org.au
- ♦ **Boyer Francis**, annexe n°3
- ♦ **Campoy et al. (2011)**, “*Gestion des Ressources Humaines*”, 2ème édition, Synthès, Pearson.
- ♦ **CFWI (2011)**, “*Workforce risks and opportunities: allied health professionals*”, Juillet.
- ♦ **Cottret Y.**, interviewé
- ♦ **CNG (2013)**, Rapports d’activités 2012 et 2013
- ♦ **Delamaire M-L (2015)**, “*La fonction de directeurs de soins en Europe*”, note de synthèse pour le groupe de travail FHF, 12 mai 2015.
- ♦ **Delamaire M-L, Lafortune G. (2010)**, “*Les pratiques infirmières avancées, une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*”, n° 54, édition OCDE, Paris.
- ♦ **Department of Health (2011)**, “*The government’s response to the recommendation in front line care*”: the report of the Prime Minister’s Commission on the future of nursing and midwifery in England.
- ♦ **Department of Health (2010)**, “*Midwifery 2020, Delivering expectations, executive summary*”.
- ♦ **DREES (2010)**, “*La trajectoire infirmière: situation démographique et trajectoires professionnelles*”, novembre.
- ♦ **Dorning and al. (2014)**, “*Focus on Allied health professionals, can we measure quality of care ?*”, The Health Foundation, Nuffield Trust, septembre 2014.
- ♦ **DREES (2014)**, “*Les professions de santé au 1er janvier 2014*”, document de travail, série statistiques, n° 189, juin 2014.
- ♦ **Hader R. (2009)**, “*Is being a chief nursing officer in your future ?*”, janvier.
- ♦ **HOPE (2010)**, “*An overview of the role of nurses and midwives in leadership and management in Europe*”, HOPE-NHS institute for Innovation and Improvement.
- ♦ **Hôpital Universitaire de Genève (HUG)**, “*Vision 2015, Gouvernance opérationnelle*”.
- ♦ **Kingston M. B. (2013)**, “*The system Chief Nursing Officer: an evolving role*”, juin 2013, vol. 11, issue 3.
- ♦ **Nicolas M. (2013)**, annexe n°2 in RHF
- ♦ **Oliver D. (2013)**, “*Let’s hear it for allied health professionals*”, The King’s Fund, 8 août 2013.
- ♦ **Public Health Chief Nursing Officer Working Group Report**, août 2011, Ontario.
- ♦ **Report by the Prime Minister’s Commission on the Future of nursing and midwifery in England (2010)**, “*Front line care*”.
- ♦ **RCN (2009)**, “*RCN Policy Position Executive Director of Nursing*”, avril.
- ♦ **Vaughan C. (2009)**, “*Reinventing the CNO*”, HealthLeaders Magazine, 5 février.
- ♦ **Watkins H. (2010)**, “*An overview of the role of nurses and midwives in leadership and management in Europe*”, HOPE-NHS institute for Innovation and Improvement.

ANNEXE N°1

Les différents grades de la fonction publique hospitalière (FPH) en prenant l'exemple de la filière en soins infirmiers :

INFIRMIERS

- Concours sur épreuve d'accès à la formation
- Formation sur 3 ans
- Diplôme d'État + grade licence¹
- Concours sur titre pour l'accès au grade dans la FPH

CADRE DE SANTÉ

- Concours sur épreuve d'accès à la formation
- Formation sur 9 mois
- Diplôme de cadre de santé²
- Concours sur titre pour l'accès au grade dans la FPH³

CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ

- Concours sur titre pour l'accès au grade dans la FPH

DIRECTEUR DES SOINS

- Concours unique sur épreuves d'accès au grade et à la formation

1- Arrêté du 31 juillet 2009

2- Décret n°95-926 du 18 août 1995

3- Décret n°2012-1466 du 26 décembre 2012

ANNEXE N°2

► LA FONCTION DE DIRECTEURS DE SOINS EN EUROPE ET AU SEIN D'AUTRES PAYS DE L'OCDE, QUELLES CARACTÉRISTIQUES PARMIS LES AUTRES FONCTIONS DE « TOP MANAGEMENT » DES PARAMÉDICAUX ?

1 ► Il n'existe que peu de travaux comparatifs sur la fonction.

2 ► La revue de littérature la plus riche porte sur les Etats-Unis où la fonction est bien identifiée (Kingston, 2013, Hader, 2009). Le titre de « *Chief Nursing Officer* » (CNO) correspond au grade le plus élevé dans les hôpitaux. La fonction exige de 7 à 10 ans d'expérience. Le diplôme recommandé est un Master voire un doctorat ainsi qu'un « *national certification in nursing management* » (Hader, 2009). Les CNO sont membres de l'équipe de Direction de l'hôpital. Leur rôle est avant tout stratégique. Cette fonction est aussi identifiée au Canada et en Australie (cf. bibliographie).

3 ► Les titres utilisés en anglais au niveau du « *top management* » sont : « *Chief Nursing Officer (CNO)* », « *Chief Nurse Executive* » (CNE), « *Nursing Director* », « *Director of maternity services* », « *Midwifery chief* » ou « *Head of midwifery* ». D'après un rapport de la Commission du Premier Ministre britannique sur le futur des infirmières et des sages-femmes (2010), la prolifération de titres, en général, pose un problème de visibilité pour les patients. Il semblerait que cela puisse être aussi le cas pour la fonction de Directeur de soins.

4 ► En Angleterre la fonction la plus haute est celle de « *Chief Nursing Officer* » mais parfois les hôpitaux (appelés « *NHS Trusts* » ou « *Foundations* ») sont supervisés par des « *nursing directors* » qui ont un droit de vote au « *board* ». Il existe aussi la fonction de « *Director of maternity services* » (ou de « *Midwifery chief* ») qui est la plus haute fonction possible dans un hôpital pour les sages-femmes dans cette nation.

En effet, les filières « *nursing* » et « *sages-femmes* » dans les pays anglo-saxons sont très liées : les sages-femmes aux Etats-Unis sont des infirmières avec une spécialisation « *obstétrique* » et en Grande-Bretagne, il existe aussi des passerelles entre les deux métiers.

D'autres titres existent au sein du NHS pour les autres disciplines paramédicales comme celui de « *Director of therapies* ». Ce dernier correspond à la plus haute fonction possible dans un hôpital pour la filière rééducation et la filière médico-technique ainsi que pour d'autres métiers. Mais ces dénominations sont beaucoup moins usitées que les précédents titres. En effet, en Angleterre, le NHS Act 2006 à l'origine des « *Foundations trusts* » (équivalent des établissements hospitaliers anglais) exige qu'il y ait un « *Executive Director* » dans le board. Il /Elle doit être impérativement une « *registered nurse* » ou une « *registered midwife* ». Cela laisse donc moins de place aux autres fonctions paramédicales au sein de la Direction. Certaines « *CNO* » ou directrices de soins sont responsables à la fois de la filière infirmière, d'autres professions paramédicales « *allied health professionals* » et de la filière « *sages-femmes* ».



ANNEXE N°2

► Il est aussi intéressant de constater que les « *Directors of nursing* » peuvent cumuler d'autres domaines que celui de « *nursing* » au sens strict et d'autres personnels. Par exemple, la/le « *Director of nursing* » peut être aussi « *chief operating officer* » (équivalent à un directeur logistique) ou encore une/un « *Director of quality and governance/executive nurse* ».

5 ♦ **De manière plus générale, en Europe, beaucoup de travaux de recherche sont menés sur le management et les infirmières (The King's fund, 2011, Machell, 2009) mais peu d'études existent sur la fonction de directeur de soins.** Quelques études abordent le cas des « *chief midwives* » (Department of health, 2010, Department of Health, 2011), considérées comme profession médicale en France. Enfin, les analyses sur le top management des paramédicaux d'autres filières sont globalement encore moins nombreuses que pour les infirmières les plus gradées même si quelques travaux importants ont été identifiées récemment notamment sur les filières de rééducation et médico-technique (Dorning and al., 2014, CFWI, 2011).

6 ♦ **Il est possible d'identifier quelques travaux comparatifs dont en particulier celui de HOPE (2010).** Ces derniers portent sur 17 pays membres de l'UE (l'Autriche, l'Allemagne, la Belgique, la Bulgarie, la Chypre, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la France, la Finlande, la Hongrie, Malte, le Portugal, la Lituanie, la République Tchèque, la Slovénie, la Suède) dont six de manière plus approfondie : l'Allemagne, la Belgique, la Suède, Malte, le Portugal et enfin la Slovénie. D'après cette source, le questionnaire national envoyé à l'ensemble des pays indique que l'équivalent des « *Directors of Nursing* » ou leurs équivalentes sages-femmes sont bien membres de l'équipe de Direction à l'exception de la Bulgarie. Il semblerait donc qu'il existe bien des « *responsables de soins* » dans les 17 pays cités précédemment. Pour la plupart, elles figureraient au plus haut niveau. Cependant, en Suède, l'étude à un niveau plus local n'a pas permis de confirmer ce résultat. En Allemagne elle n'est confirmée que partiellement.

Quelques pays se démarquent par un rôle moins marqué du « *top management* » lié aux infirmières.

En Suède : l'étude locale de HOPE (2010) ne relève que des grades intermédiaires de management pour les infirmières. Le niveau le plus élevé était celui de l'équivalent de cadre de service « *nurse of a ward* ». En Allemagne, la « *Nursing director* » n'était pas toujours incluse dans l'équipe de direction. Dans ce pays, il existe la fonction « *d'assistant de médecin* ». Peut-être, est-ce un début d'élément explicatif au rôle moins important des infirmières en Allemagne au sein des équipes de direction ?

En Bulgarie : la responsable des infirmières ne fait pas toujours partie de l'équipe de direction d'après l'étude terrain de HOPE (2010). Ce qui confirme le résultat de leur questionnaire national.

En revanche, un pays se démarque par un rôle plus marqué des « *responsables de soins infirmiers* » : C'est le cas de la Belgique où la loi oblige que les infirmières soient gérées par une « *nursing director* » qui siège de droit au « *management committee* ».

ANNEXE N°2

De même en Angleterre, d'après le RCN (2009), le NHS Act 2006 a créé des trusts qui exigent un « *Director executive* » inscrit en tant que « *registered nurse* » ou « *registred midewife* » au « *board* » des Directeurs comme nous l'avons vu.

7 Le rôle et son évolution

Aux Etats-Unis et en Angleterre, la fonction est stratégique et orientée sur la qualité des soins au sens de « *care* » [clinical quality and patient care]. Le rapport de la Commission du Premier Ministre britannique sur le futur des infirmières et des sages-femmes (2010) fait la recommandation suivante : « *Les directeurs de soins doivent s'assurer que leurs organisations maintiennent un haut niveau de soin* ». Un autre rôle important complémentaire porte sur l'optimisation des effectifs infirmiers et sages-femmes quantitativement et qualitativement. Le « *Département of Health (2011)* » a en réponse à cette dernière mission proposé un nouveau système de planification de la main-d'œuvre infirmière et sages-femme ainsi que suggéré de nouveaux outils sur la formation. La politique de recrutement, de formation ainsi que de fidélisation du personnel infirmier et sage-femme et tout élément contribuant à augmenter la performance de ce personnel sont intégrés à la fonction, d'après la revue de littérature anglosaxonne (Vaughan, 2009, Hader, 2009). Cependant, dans tous les exemples d'organigramme recueillis en Angleterre, il existe toujours en parallèle un Directeur de ressources humaines ou un titre équivalent. Par ailleurs ; il est important de souligner que les équivalentes des aides-soignantes française sont incluses dans la supervision car le « *nursing workforce* » va inclure les « *auxilaury nurses* » et les *registred nurses*.

Il s'agit aussi pour le CNO de bien connaître les nouveaux enjeux et l'environnement de l'hôpital. Il doit ainsi constituer une base de données solides et des éléments clefs pour permettre le suivi et l'amélioration de la qualité des soins tout en tenant compte des différentes contraintes de l'hôpital. Il doit comprendre comment fonctionne le « *board* » et ses principaux acteurs (RCN, 2009).

D'après le RCN (2009), il existerait un projet d'un accord national sur les compétences « *core competencies for executive directors* ».

En utilisant la revue de littérature américaine plus étendue sur le sujet, il est possible d'identifier quelques évolutions possibles du rôle de directeur des soins en Europe et ce en raison de bouleversements et de défis similaires entre les deux continents.

Le/la CNO a des nouveaux défis **(1) dans le domaine financier** et il semblerait qu'il/elle soit de plus en plus impliqué(e) dans les résultats financiers de l'établissement (Vaughan, 2009). Il/elle doit contribuer à maintenir et améliorer la qualité des soins malgré les pressions économiques, contribuer à la réflexion sur les systèmes de rémunération (Kingston, 2013). **(2) Au niveau de la qualité des soins et de la gestion du personnel**, il/elle doit réfléchir à l'implantation des nouvelles pratiques avancées des soignants. En ressources humaines, l'évolution démographique et la limitation de la main-d'œuvre dans certaines spécialisations vont le/la pousser à **(3) innover sur le plan organisationnel**. L'interdépendance

ANNEXE N°2

de plus en plus forte de l'hôpital avec le secteur primaire **(4) va l'amener aussi à de nouvelles organisations pour assurer la continuité des soins en amont et en aval de l'hôpital.** Il /elle doit inciter les différents acteurs à travailler ensemble. La coordination joue un rôle de plus en plus clef dans un tel système [les anglais parlent de « *accountable care organisation* »]. **(5) Il/elle doit aussi aider à la mise en place des nouvelles technologies** relatives notamment à l'évolution des bases de données. Il/elle doit avoir une bonne connaissance de l'environnement de l'hôpital et ses enjeux (Kingston, 2013).

- 8 ♦ **Les études (RCN, 2009, Hader, 2009) insistent sur l'importance de la formation managériale des CNO ou des « *Directors of nursings* ».** Cependant, il n'existe pas de formation type ou l'équivalent de la formation de « *DS* » de l'EHESP.
- 9 ♦ **Les analyses insistent aussi sur la nécessité d'un socle de compétences clefs à définir pour la fonction** (RCN, 2009, Hader, 2009) dont en particulier d'après les fiches de postes étudiés et la revue de littérature : **(1) des compétences en stratégie, (2) des connaissances étendues sur l'environnement de l'hôpital, (3) en communication, en coordination** (rôle de rassemblement autour de pratiques à la pointe), **(4) dans le domaine clinique** (rôle clef lié à la qualité des soins et la sécurité, rôle de leadership, développement des rôles avancés chez les soignants), **(5) dans le domaine du management et des ressources humaines** (en particulier pour la mise en place de l'organisation et des politiques de fidélisation), **(6) autres compétences et traits de personnalité** : esprit d'analyse, capacité à innover et quelques autres caractéristiques comme la confiance en soi liées à tout « *profil classique* » de directeur. Les candidats doivent être très expérimentés en général (« *very senior manager* »). Dans nos exemples, les directrices en poste ont toutes plus de 10 ans d'expérience, parfois beaucoup plus. Elles sont issues en très grande majorité de la filière infirmière qui, d'après certaines sources, est dominante du point de vue de la représentation au sein de la Direction et dans les postes les plus gradés (Oliver, 2013).
- 10 ♦ **Il existe des « *executive nursing directors* » en dehors de l'hôpital qui siègent dans des *clinical commissioning groups* (CCG) en Angleterre.** Ils ont notamment un rôle de planification en évaluant les besoins de santé, s'occupent de la coordination des soins hospitaliers, des soins de réadaptation, des urgences, ou encore des centres de santé psychiatrique.

ANNEXE N°3

Pour Francis BOYER¹, contributeur de réflexions à la FHF, le management des talents pourrait être une évolution de la gestion des compétences².

S'il n'existe pas à ce jour de formulation communément admise pour décrire ce terme, tournons-nous vers sa définition. Assimilé à un «*don*», une «*faculté*», le talent, du latin talentum, désigne une «*capacité particulière, une habileté naturelle ou acquise, pour réussir en société ou dans une activité donnée*».

Apparu dans les années 2000 dans un contexte de risque de pénurie de main d'œuvre et d'hypercompétition, le management des talents est né dans le but d'investir sur l'excellence d'un petit nombre de personnes-clés, les «hauts potentiels». Les entreprises se sont donc engagées sur le chemin du «talent management» en vue d'attirer les rares personnes détentrices de ce précieux «*capital*».

Dans ce cadre, le talent serait «*une compétence spéciale qui n'apparaîtrait pas dans le référentiel habituel des compétences*». Mais alors, qu'est-ce qui différencie une compétence d'un talent ?

► LE TALENT, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Différent de la compétence, qui est avant tout d'ordre cognitif (savoir), le talent est une capacité naturelle, facile à mobiliser, qui procure du plaisir et qui mène très souvent au succès.

S'il est aisé d'apprendre à animer des réunions (logique compétence) il est parfois plus ardu d'acquérir des aptitudes de «*visionnaire*», «*d'esthétisme*», «*d'originalité*», «*d'empathie*», de «*débrouillardise*», ou encore de «*persuasion*» (logique talent), surtout si nous n'avons pas vraiment envie.

Si la compétence est un savoir-faire, le talent est un «*aimer-faire*». Manager les talents permet de concilier, en agissant sur un seul levier, les besoins de l'entreprise (performance) et du salarié (épanouissement personnel).

► QUI A DU TALENT ?

Initialement considéré comme unique et rare, il semble à présent admis que chaque personne possède naturellement un ou plusieurs talents. Certains ont su les identifier et les valoriser, d'autres non.

L'entreprise qui saura détecter les talents ou «points forts» de chaque collaborateur disposera d'une «ressource naturelle» sur laquelle elle pourra s'appuyer pour générer de «*l'intelligence collective*» afin de gagner en souplesse et créer durablement de la valeur.



1- Francis Boyer, spécialiste en innovation managériale. Fondateur de Dynesens, il accompagne les entreprises dans l'exploration et l'adoption de nouveaux principes de management.

2- Publié le 03/04/2013

ANNEXE N°3

► MANAGER LES TALENTS, POUR QUOI FAIRE ?

Rendre chacun responsable de sa performance

Les modes de management que nous connaissons reposent sur les principes de subordination et de conformité. L'entreprise définit ce qui doit être fait et comment le faire, recherche le salarié qui répond aux critères et lui demande d'appliquer ses prescriptions. Elle crée ainsi un rapport Parent/Enfant.

Manager par le respect des normes comporte des avantages (l'entreprise maîtrise la production), mais crée également des inconvénients : déresponsabilisation et infantilisation.

Le management par les talents diffère dans la mesure où l'entreprise négocie avec le salarié les résultats à atteindre et lui laisse le degré d'autonomie dont il a besoin pour valoriser ses points forts. A ce titre, elle crée un rapport Adulte/Adulte, générant ainsi plus de confiance et de responsabilité.

Nouveau paradigme : Laisser les salariés se concentrer sur leurs points forts.

► RENFORCER LE PLAISIR AU TRAVAIL

Le management par les compétences suppose que *«pour réussir, il faut savoir tout faire et améliorer ses points faibles»*. A ce titre, les entreprises évaluent le niveau de maîtrise des compétences d'une personne sur la base de référentiels et investissent sur des actions de développement (formation, coaching...) afin d'arriver au niveau de conformité désiré par l'entreprise (parfois sans s'assurer du désir profond d'apprentissage du salarié).

Différente, l'approche par les talents repose sur le principe selon lequel il est rare qu'une personne sache tout faire et que *«pour réussir, il faut avant tout investir sur ses points forts»*, les points faibles devant être compensés par ailleurs (par exemple, en réorganisant partiellement les activités selon les talents de chaque membre de l'équipe). [...]

Nouveau paradigme : Valoriser les points forts pour renforcer le plaisir au travail et l'engagement.

► AFFECTER LES BONNES PERSONNES AUX BONNES PLACES

Le but est de s'affranchir partiellement de la standardisation et du cloisonnement (descriptions de poste) de manière à mettre *«la bonne personne aux bonnes places»*, afin de favoriser la complémentarité, libérer les initiatives et générer de la co-création de valeur.

Nouveau paradigme : Partir de la personne afin d'affecter des missions qui valorisent les talents naturels.

ANNEXE N°4

Etude en 2013 de Michel NICOLAS, directeur des soins, publiée dans la RHF en 2014 et portant sur les candidats au concours DS.

Il appartient aux directeurs de soins en poste de développer une politique managériale en direction des professionnels paramédicaux, pour les aider à construire un projet professionnel lié à la préparation du concours de DS.

► UN PROFIL DE CANDIDATS QUI INTERROGE

► Qui sont les candidats ?

En 2012, 78 % étaient des femmes ; 66 % étaient cadres supérieurs de santé (une proportion qui monte à 80 % lorsqu'on regarde les lauréats) ; 24% des candidats et 34 % des lauréats étaient des faisant fonction de directeur des soins¹.

Une proportion faible de candidats n'a pas exercé comme cadre supérieur de santé, ce qui peut s'expliquer soit par une autocensure, soit par une méconnaissance de la possibilité d'accès à cette fonction, ou bien par une absence de sollicitation de cette catégorie professionnelle par les institutions (voire par une invalidation de ces projets) ;

► DÉVELOPPER UNE POLITIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

Si nombreux sont les DS en poste à reconnaître des potentiels au sein des équipes de cadres de proximité, les cadres ne sont pas nombreux à se présenter au concours et encore moins à être lauréats. Se pose donc la question de la sélection et de l'accompagnement de ces candidats.

Différents axes pour la mise en place d'une politique de détection des potentiels et d'accompagnement peuvent être relevés, des axes impliquent nettement le DS en poste :

POUR FAVORISER L'ÉMERGENCE DES PROJETS

- **Formaliser, au sein de la politique managériale de la coordination des soins**, la démarche d'accompagnement des parcours professionnels
- **Formaliser les profils de fonction cadres et y inclure l'accès à la formation de DS**
- **Faire connaître la fonction de DS** et les modalités d'accès à cette fonction
- **Mettre en place un outil d'évaluation** des capacités des cadres à exercer cette fonction



ANNEXE N°4



POUR FAVORISER LA RÉUSSITE AU CONCOURS

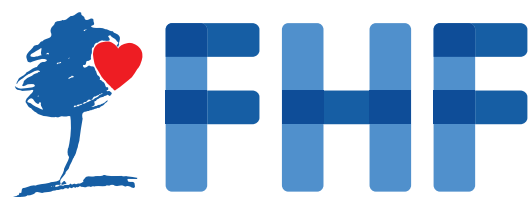
- Valider institutionnellement le projet des candidats et l'accompagnement impliquant l'équipe de direction
- Accompagner le candidat dans sa construction des représentations de la fonction par une mise en situation
- Accompagner le candidat dans sa préparation au concours

La nette diminution des candidatures au concours d'accès à la formation de DS doit conduire à s'interroger. Les cadres supérieurs de santé s'investissent dans la fonction de cadre paramédical de pôle. L'autonomie acquise dans cette fonction peut être en lien avec l'absence de projet de devenir DS ou l'absence de projet au sein de la direction des soins. Parallèlement, des potentiels existent au sein des cadres de proximité, potentiels qu'il appartient aux DS en poste d'accompagner dans un projet professionnel différent de celui de cadre supérieur.

NOTES



Handwriting practice area consisting of 20 horizontal dotted lines on a light gray background.



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

1 bis rue Cabanis - 75993 Paris cedex 14 - T. + 33 [0]1 44 06 84 44 - F. +33 [0]1 44 06 84 45 - fhf@fhf.fr - www.fhf.fr

