

**EHESP**

---

**Filière Directeurs des Soins**

Promotion : **2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

---

**Impact de la coopération  
Entre Directeurs des Soins d'un GHT  
sur l'élaboration  
Du projet de soins partagé**

---

**Fernande ROGER**



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier tout particulièrement l'ensemble des directeurs de soins qui ont accepté de se prêter au jeu des entretiens. Leur engagement et leur implication dans le GHT, la richesse de leurs propos m'ont permis d'appréhender la problématique dans toutes ses dimensions.

Merci aussi à Mme Alis Sopadhziyan, Maîtresse de Conférences en sciences politiques, et à Mr Jean-Claude Vallée, Directeur des Soins, pour leur accompagnement et leurs questionnements qui m'ont amenée à cheminer dans mes réflexions.

Et enfin, un grand merci à Marine et Mégane, mes deux filles, pour leur soutien précieux, ainsi qu'à Laurent pour ses encouragements et sa patience tout au long de cette année particulière.



*« Les grandes découvertes et les améliorations impliquent constamment  
La coopération de nombreux esprits. »*

Alexander Graham Bell



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Les GHT et leurs impacts sur le positionnement et les missions des Directeurs des soins.....	4
1.1 La construction des GHT.....	4
1.1.1 D'une coopération volontaire vers une coopération obligatoire.....	5
1.1.2 Des GHT aux configurations multiples .....	5
1.1.3 Freins et leviers à la mise en place des GHT .....	7
1.2 Le Directeur des soins dans le GHT.....	8
1.2.1 Le Directeur des Soins dans la gouvernance du GHT .....	8
A) La CSIRMT de GHT.....	8
B) Les autres instances du GHT .....	10
1.2.2 Projet Médico-soignant ou projet médical et projet de soins partagés .....	11
2 Coopération et dynamique de coopération .....	15
2.1 Coopération : un concept à définir.....	15
2.2 Les freins et les leviers de la coopération.....	17
2.3 Les parties prenantes dans la coopération .....	17
3 Enquête de terrain.....	21
3.1 Méthodologie de l'enquête .....	21
3.1.1 Le terrain de l'enquête.....	21
3.1.2 Les professionnels enquêtés.....	21
3.1.3 Le choix de l'outil de recherche .....	22
A) L'entretien semi-directif .....	22
B) L'analyse documentaire .....	23
3.1.4 Les limites de l'étude.....	23
3.2 Résultats de l'enquête de terrain et analyse.....	24
3.2.1 Hypothèse 1 : Les DS d'un même GHT ont des perceptions différentes de la coopération selon leur positionnement au sein du GHT : président de la CSIRMT de territoire ou non.....	24

A)	Apprendre à se connaître, se reconnaître.....	24
B)	L'enjeu majeur de la communication pour tous les DS.....	25
C)	Légitimité de la présidence de la CSIRMT de territoire .....	27
D)	L'enjeu du territoire .....	29
3.2.2	Hypothèse 2 : La contrainte du temps a constitué un frein à l'élaboration aboutie du PMSP ou du PDSP. ....	30
A)	Une temporalité contraignante.....	30
B)	Le temps comme facteur de réussite .....	31
C)	L'accompagnement méthodologique pour limiter l'impact temps .....	31
D)	Un GHT chronophage.....	31
3.2.3	Hypothèse 3 : Filières, parcours et partage de pratiques professionnelles représentent des éléments fédérateurs pour les DS et permettent de donner du sens au PDSP ou PMSP et au GHT.....	33
A)	Des filières de soins et des parcours inégalement définis.....	33
B)	La promotion de la recherche en soin : le point commun à tous les PDSP .....	36
C)	Le développement de pratiques professionnelles innovantes : un levier de coopération .....	37
D)	Intégrer la formation initiale dans les réflexions du PDSP .....	40
E)	Un travail sur les métiers en tension .....	40
3.2.4	Synthèse générale.....	42
4	Préconisations .....	43
4.1	Optimiser son temps en intégrant le « <i>temps GHT</i> ».....	43
4.2	Développer la dynamique de coopération entre DS pour faciliter la coopération avec le corps médical, au service d'un PDSP en cohérence avec le PMP .....	44
4.3	Assurer le suivi du PDSP en cohérence avec le PMP.....	45
4.4	Proposer un PDSP intégré.....	46
4.5	Favoriser le partage de pratiques professionnelles .....	47
4.5.1	La CSIRMT comme lieu de partage de pratiques professionnelles .....	47
4.5.2	Initier et développer des formations communes des professionnels de santé du GHT.....	48
4.5.3	Mettre en place un « séminaire d'encadrement » et une « journée d'étude paramédicale de GHT » .....	49



4.6 Proposer des organisations innovantes.....	49
Conclusion .....	52
Bibliographie .....	53
Liste des annexes .....	I
A) Annexe I – Guide d’entretien .....	II
B) Annexe II – Grille d’analyse des entretiens.....	III
C) Annexe III – Grille d’analyse documentaire des PDSP et PMSP .....	XXV



---

## Liste des sigles utilisés

---

ARH	: Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	: Agence Régionale de Santé
CDU	: Commission des Usagers
CH	: Centre Hospitalier
CHT	: Communauté hospitalière de Territoire
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CME	: Commission Médicale d'Etablissement
CoStrat	: Comité Stratégique de GHT
CPP	: Cadre paramédical de pôle
CSIRMT	: Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et médicotechniques
CSS	: Cadre Supérieur de Santé
DGOS	: Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM	: Département d'Information Médicale
DPC	: Développement professionnel Continu
DS	: Directeur des Soins
EHPAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP	: Evaluation de Pratiques Professionnelles
EPS	: Etablissement Public de Santé
EPSM	: Etablissement Public de Santé Mentale
EPSMS	: Etablissement Public Social et Médico-Social
GCS	: Groupement de Coopération Sanitaire
GHT	: Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	: Haute Autorité en Santé
HCSP	: Haut Conseil de Santé Publique
IDE	: Infirmière Diplômées d'Etat
IPA	: Infirmière de Pratique Avancée
LMSS	: Loi de Modernisation de notre Système de Santé
Loi HPST	: Loi Hôpital – Patients – Santé – Territoire
MCO	: Médecine – Chirurgie - Obstétrique
PCM GHT	: Président du Collège médical de GHT
PCME	: Président du Comité Médical
PCSIRMT	: Président de la Commission de soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques
PDSP	: Projet de Soins Partagé

PMP : Projet Médical Partagé  
PMSP : Projet Médico-Soignant  
PRS 2 : Projet Régional de Santé 2<sup>ème</sup> génération 2018 - 2022  
PRS : Projet Régional de Santé  
SIH : Système d'Information Hospitalier  
SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins

## Introduction

Force est de constater l'évolution des besoins en santé sur les territoires, au regard notamment du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques. Ces deux constats, ajoutés aux évolutions scientifiques génèrent et vont générer des dépenses en santé toujours plus importantes, que les pouvoirs publics s'emploient à maîtriser, au nom de la pérennisation du système de santé actuel.

Ainsi, le monde de la santé, et particulièrement le monde hospitalier, est en mutation depuis plusieurs années. Nombre de réformes se sont succédé et de nombreuses lois ont été promulguées. Toutes avaient comme objectif de permettre un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire. La Loi de Modernisation de notre Système de Santé de 2016 engage à une réorganisation majeure de l'offre de soins et prévoit, dans son article 107, la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). La finalité de cette organisation est de proposer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité à l'ensemble de la population, sur tout le territoire, et de proposer une gradation des soins lisible de tous.

Le caractère obligatoire des GHT et le délai extrêmement contraint pour leur mise en œuvre les caractérisent. C'est dans ce contexte que 135 GHT ont été construits avec la contribution des acteurs du territoire, notamment directeurs d'hôpitaux, médecins et directeurs des soins. Au regard de la cartographie des GHT, nous ne pouvons que constater leur hétérogénéité dans leur périmètre<sup>1</sup>. Ces différences sont de l'ordre de l'éloignement géographique, du nombre d'établissements parties, de la typologie des établissements parties, du poids financier qu'ils représentent, du territoire desservi.

Le projet médical partagé (PMP) associé au projet de soins partagé (PDSP), voire le projet médico-soignant partagé (PMSP) en est sa pierre angulaire. Il doit permettre une adéquation de l'offre de soins et des besoins en santé de la population, en impliquant équipes médicales et paramédicales du territoire. Cela suppose une coopération entre équipes médicales, mais aussi entre les équipes de direction, et, concernant notre sujet, de direction des soins. On entend très souvent le terme de coopération pour évoquer la coopération médicale nécessaire dans la construction des GHT et des PMP. En revanche, il existe peu d'écrits sur les coopérations des directeurs des soins (DS) entre eux, qui participent de cette co-construction. Cela soulève la question de la réalité de la coopération entre DS. Existe-t-elle ? Et si elle existe, comment s'est-elle construite ? Comment se construit-elle ? Emmanuel Vigneron précise que « *la sociologie nous rappelle tout d'abord*

---

<sup>1</sup> Atlas des Groupement hospitaliers de territoire 2017, Fédération Hospitalière de France, 2017  
Fernande ROGER - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2018

*l'impossibilité d'un contrat durable si celui-ci est imposé d'en haut <sup>2</sup>», alors son caractère obligatoire n'est-il pas un frein ?*

Nous avons eu l'opportunité de participer à l'élaboration du PDSP d'un GHT qui regroupait cinq établissements, dont le nôtre, qui était établissement support de GHT. La première étape a été de se rencontrer et de partager nos valeurs respectives. La temporalité très courte pour la formalisation d'un PDSP a été un élément déterminant car il a fallu travailler rapidement pour aboutir à un projet acceptable. Des mécanismes de coopération à minima se sont installés. Pour autant, cette coopération n'était pas de fait, car malgré la proximité géographique des établissements aucune des équipes le constituant ne travaillait ensemble auparavant. Dans ce contexte, qu'est-ce qui a fait que cette coopération a pu s'installer ? Quels ont été les leviers actionnés qui ont permis de lever les freins existants ?

C'est une véritable révolution qui s'est opérée avec la création des GHT qui oblige des établissements à coopérer alors même qu'ils ne le faisaient pas naturellement. Le parallèle est aisé avec la coopération des DS de chacun des établissements parties. S'ouvrir sur le territoire et travailler sur des projets communs avec d'autres DS revêt un caractère nouveau pour certains. Les DS n'y voient-ils pas une restriction de leur marge d'autonomie ?

A contrario, il semble que certains établissements ont réussi à créer une dynamique de coopération et à écrire d'une même plume le PDSP parfaitement articulé avec le PMP. D'ailleurs le PDS de territoire a effacé le PDS local. Lors de notre premier stage, nous avons constaté le travail d'équipe et la coopération entre les directeurs des soins des établissements parties du GHT, liés notamment à l'antériorité des partenariats entre les trois établissements de ce GHT. Il semble en effet que la maturité des coopérations entre les établissements d'un GHT est très inégale d'un territoire à l'autre. Mais cette maturité constitue-t-elle à elle seule un facteur de réussite ?

*« Le diagnostic territorial et plus généralement les opérations constitutives des GHT lors de cette première année sont les signes de cette quête d'une coopération opérante<sup>3</sup> ».*

---

<sup>2</sup> VIGNERON E., Mai 2017, « *L'Hôpital et le Territoire. De la coordination aux GHT : une histoire pour le temps présent* », SPH Editions, p.237

<sup>3</sup> DURAND V., MINVIELLE E., OLIVIER R., Décembre 2017, « *Un an après, les facteurs de réussite des GHT* », Gestions Hospitalières, n° 571, pp. 638-645

Au regard de ce contexte, nous nous interrogeons ainsi :

**En quoi la dynamique de coopération entre directeurs des soins des établissements parties du GHT impacte l'élaboration du projet médico-soignant partagé ?**

Afin de répondre à cette question centrale, nous la déclinons en sous-questions qui sont les suivantes :

- Quelles sont les représentations de la coopération des DS président de commission de soins infirmiers de rééducation et médicoteknique (CSIRMT) GHT et Présidents de la CSIRMT Locale des autres établissements ?
- Quels sont les freins et les leviers de la coopération entre directeurs des soins des établissements parties du GHT ?
- En quoi le PMSP est un levier de coopération efficace ?
- En quoi la coopération entre les directeurs des soins permet de donner du sens au PMSP ?

Dans un premier temps, que nous qualifierons de conceptuel, nous clarifierons et définirons les concepts nécessaires à la compréhension de notre sujet d'étude, à savoir celui du GHT, du positionnement du DS dans le GHT et enfin la coopération et dynamique de coopération. Cette clarification servira la reformulation de la question de départ et sa déclinaison en trois hypothèses.

Dans un second temps, nous présenterons l'enquête de terrain, en précisant la méthodologie choisie et en présentant l'analyse réalisée.

Enfin, au regard des éléments recueillis, nous proposerons des préconisations qui pourront nous servir dans notre future fonction de directeur des soins.

# 1 Les GHT et leurs impacts sur le positionnement et les missions des Directeurs des soins

## 1.1 La construction des GHT

La loi de Modernisation de notre système de santé prévoit dans son article 107<sup>4</sup> la création des Groupements Hospitaliers de Territoire. Les GHT représentent une nouvelle forme de coopération, qui grâce à sa stratégie médicale et au projet médico-soignant partagé devrait permettre une prise en charge graduée des patients, tout en améliorant l'accès à des soins sécurisés et de qualité<sup>5</sup>.

Outre le PMSP qui représente la pierre angulaire du GHT, des mutualisations sont attendues à plus ou moins longs termes. Ces fonctions mutualisées se répartissent en trois groupes :

- Les fonctions dévolues à l'établissement support : les achats dès janvier 2018, la convergence du Système d'Information Hospitalier (SIH) pour le 1<sup>er</sup> janvier 2021, la gestion du Département d'information médicale (DIM) de territoire, la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicales du GHT et les plans de formation continue et de DPC.
- Les fonctions organisées en commun : les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, les activités de biologie médicale et la pharmacie qui représente un axe du PMSP dès juillet 2017.
- Les mutualisations facultatives : les équipes médicales communes, les activités administratives, logistiques ou techniques, les activités médicotechniques.
- La certification HAS : la mise en place du compte qualité au 1<sup>er</sup> janvier 2020 avec des visites conjointes de certification HAS.

Le Haut Conseil de la Santé Publique considère que « *les éléments de structuration [du GHT] constituent des conditions très favorables au développement d'une démarche d'amélioration de l'offre fondée sur les besoins de la population, intégrant la prévention, les soins et le champ médico-social* <sup>6</sup> ».

---

<sup>4</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Art. 107, art. L. 6132-1, L. 6132-2, L. 6132-5 et L. 6132-7 du code de la santé publique

<sup>5</sup> Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, art. R. 6132-1 et s. du code de la santé publique

<sup>6</sup> Groupements Hospitaliers de Territoire et Santé Publique, Rapport, Haut Conseil de Santé Public, Mars 2017



### 1.1.1 D'une coopération volontaire vers une coopération obligatoire

Selon l'instruction DGOS de novembre 2017<sup>7</sup>, 891 établissements de Santé ont été regroupés en 135 GHT dès juillet 2016. Le Rapport Intermédiaire de la Mission Groupements Hospitaliers de Territoire de Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau, fait état des « *limites des outils de de coopérations existantes* <sup>8</sup>», en rappelant notamment, le faible engouement pour les regroupements des hôpitaux en Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), en témoigne leur faible nombre en 2014 qui n'excède pas quarante-cinq. Ce dispositif de coopération, créé par la Loi HPST de 2009, est fondé essentiellement sur le volontariat. La mise en œuvre des GHT implique quant à elle la coopération « *forcée* » entre les différents acteurs du territoire : entre Directeurs d'hôpitaux, entre médecins d'établissements différents, entre directeurs des soins et autres professionnels du territoire comme les libéraux. Mais cela implique aussi des coopérations croisées, entre Directeurs d'hôpitaux, directeurs des soins et médecins. Mais une loi peut-elle en soi contraindre la coopération entre acteurs ?

### 1.1.2 Des GHT aux configurations multiples

Selon la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) les GHT sont protéiformes à plusieurs niveaux concernant les parties prenantes :

- Le nombre d'établissements par GHT varie de moins de quatre à plus de huit,
- La distance entre les établissements parties et l'établissement support a une médiane à trente-trois kilomètres,
- Le temps de trajet entre l'établissement supports et les établissements parties est variable avec une médiane à quarante-deux minutes,
- Le type de membres du GHT qui inclut ou non un centre hospitalier régional, un EPSM (établissement public de santé mentale), un EPSMS (établissement public social et médico-social).
- La présence ou non de partenaires (hôpitaux privés ou structures associatives) et associés (établissements publics).
- Le budget diffère aussi d'un GHT à l'autre et peut varier de moins de deux cent millions d'euros à plus de mille.

Emmanuel Vigneron a proposé quatre configurations types de GHT selon le territoire dans lequel il se trouve. Il précise que les enjeux de ces différents types de GHT diffèrent d'un territoire à l'autre quand bien même l'amélioration de la qualité de prise en charge en est le

---

<sup>7</sup> Instruction n° DGOS/GHT/2017/310 du 6 novembre 2017 relative à l'appel à projets pour la mise en œuvre des projets médico-soignants partagés des groupements hospitaliers de territoire

<sup>8</sup> HUBERT J., MARTINEAU F, Mai 2015, « *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport Intermédiaire* », p.11

fondement. Ces configurations reposent aussi en partie sur la typologie des établissements qui le composent. Il propose, en les analysant sous l'angle de la qualité, la performance et l'acceptabilité<sup>9</sup> :

- « *Les GHT multipolaires* », composés de trois ou quatre établissements de taille comparable, ayant des profils d'activités similaires, pour couvrir une zone de forte densité urbaine [...] ». Dans ces GHT, c'est une réorganisation des activités qui semble la plus appropriée, avec la recherche de complémentarité en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO).
- « *Les GHT de type « duopoles artificiels »*, composés de deux établissements peu éloignés, dont l'offre est plus redondante que complémentaire [...] ». Dans ces GHT, il s'agit de mener une réflexion en profondeur sur la restructuration globale de l'offre de soins, avec par exemple des regroupements de plateaux techniques pour atteindre une masse critique suffisante pour davantage d'efficacité. Mais les enjeux locaux sont tels que les freins peuvent être nombreux de la part des directions, du corps médical, mais aussi des élus.
- « *Les GHT de type « monopoles attractifs »*, soit les GHT composés d'un établissement public principal de court séjour et disposant d'un niveau d'attractivité et d'équipes médicales suffisamment étoffées pour assurer les soins hospitaliers définis à cette échelle du territoire dans le respect des exigences de qualité et sécurité [...] ». Dans ces GHT, le positionnement de l'établissement principal du territoire en établissement support renforce sa légitimité.
- « *Les GHT de type « monopoles isolés »*, composé d'un établissement public principal de court séjour, mais dont le niveau d'attractivité et/ou les difficultés de recrutement rendent périlleuse l'atteinte des exigences de qualité et de sécurité de soins...<sup>10</sup> ». Dans ces GHT, le rapprochement d'un autre GHT semble pertinent pour contrebalancer l'isolement sur le territoire.

Posons le postulat de départ que cette hétérogénéité dans la configuration des GHT (taille, budget et nombre d'établissements) impacte le positionnement du directeur des soins. Pour autant, ces variables sont-elles un frein ou un levier pour une coopération des DS entre eux ? Certaines configurations sont-elles fédératrices et favorisent-elles la mise en place de projets ou au contraire constituent-elles des points de crispation ? Et comment les DS peuvent soit s'en servir soit contourner les difficultés.

---

<sup>9</sup> VIGNERON E., Mai 2017, « *L'Hôpital et le Territoire. De la coordination aux GHT : une histoire pour le temps présent* », SPH Editions, pp. 261-264

<sup>10</sup> Ibid., pp. 260-264

### 1.1.3 Freins et leviers à la mise en place des GHT

Lors de leurs mises en place, les GHT ont révélé un certain nombre de craintes, de la part de l'ensemble des acteurs de santé, qu'ils soient d'appartenance médicale, soignante ou administrative.

Les Dr Piney et Godeau, tous deux présidents de la commission médicale d'établissement (PCME), ont fait une analyse des réalités de terrains (en amont de la configuration finale des GHT), via une enquête auprès des PCME en mars et avril 2016<sup>11</sup>. Il en ressort que les freins perçus à cette époque relèvent de plusieurs éléments et notamment du caractère obligatoire des GHT, de l'incohérence des découpages des GHT déconnectés de l'opérationnalité nécessaire et des partenariats existants, du périmètre de certains GHT qui en font des « *macrostructures* » connues pour leur inefficience, et enfin, l'absence de légitimité de certains établissements supports.

En parallèle, ils mettent en lumière les conditions nécessaires à la réussite du dispositif à savoir, la capacité de l'établissement support à fédérer l'ensemble des équipes, l'adhésion de la communauté médicale, le maintien de la stabilité des partenariats existants.

Lors d'une table ronde dont la thématique était le GHT et le retour d'expérience sur leur mise en place<sup>12</sup> en avril 2018, les DS présents mettent en exergue la valorisation de la complémentarité et le projet médico-soignant comme autant d'éléments fédérateurs dans la construction des GHT. Les facteurs clés de réussite des GHT qu'ils ont identifiés dans leurs expériences respectives convergent. Ils sont les suivants :

- Une réponse adaptée au regard de la faible densité de médecins généralistes sur le territoire,
- La prise en compte de l'histoire des établissements, de l'existence de partenariats et d'une culture d'échange entre les établissements,
- La mise en place d'une stratégie de complémentarité entre les établissements parties du GHT et non de compétitivité,
- L'association des paramédicaux au PMSP, avec une coopération tant verticale qu'horizontale,
- Une vigilance quant à la représentativité de tous les établissements parties à la CSIRMT de GHT,
- Une gouvernance basée sur l'écoute et la pédagogie de la co-construction.

Un des DS soulève un point important et d'actualité dans son analyse de la construction des GHT, celui de l'absence de DS sur certains établissements parties du GHT, remplacés

---

<sup>11</sup> PINEY D., GODEAU T., Mars-Avril 2016, « *Constitution des GHT, Réalités de terrain et attentes des présidents de CME des centres hospitaliers* », Revue Hospitalière de France, n°569, pp. 62-65

<sup>12</sup> Table Ronde du 4 avril 2018 « *Retour d'expérience dans la mise en œuvre des GHT* », T. BRUGEAT, S. BOUSSEMAERE, S. LAVOISEY, EHESP

parfois par des cadres supérieurs de santé. Il explique que cela peut faciliter la prise de décision, avec un circuit plus court. Mais en même temps, l'approche des faisant-fonction de DS et leur positionnement en CSIRMT sont différentes et la vision stratégique insuffisante, ce qui peut constituer un frein.

Nous ne pouvons que constater que ces restructurations génèrent des bouleversements au sein même de l'hôpital et le DS s'en trouve directement impacté.

## **1.2 Le Directeur des soins dans le GHT**

### **1.2.1 Le Directeur des Soins dans la gouvernance du GHT**

C'est avec la loi HPST de 2009 que le rôle du DS a été renforcé, en le positionnant d'un point de vue légal dans les instances majeures de gouvernance des établissements de santé, et notamment le Directoire. Ce positionnement est maintenu concernant les GHT. Les directeurs des soins siègent de droit au Comité Stratégique (CoStrat) du GHT.

Concernant les GHT, la législation prévoit leur fonctionnement sur « *la base de cinq instances communes de gouvernance* <sup>13</sup> » que sont le comité stratégique, le collège ou commission médicale, la commission des soins infirmiers de rééducation et médicoteknique de GHT (CSIRMT GHT), la commission ou comité des usagers de territoire, le collège des élus. Nous en donnerons une définition succincte, et nous approfondirons de façon privilégiée la CSIRMT de territoire.

#### A) La CSIRMT de GHT

La Commission de soins infirmiers, de rééducation et médicoteknique de groupement est une instance « *automatiquement constituée* <sup>14</sup> ». Elle est composée des présidents des CSIRMT locales et de représentants des CSIRMT des établissements parties selon un nombre et une répartition fixée dans le cadre de la convention constitutive.

Le Président de CSIRMT de GHT, obligatoirement Coordonnateur Général des Soins, nommé par le directeur de l'établissement support, se voit investi d'une mission territoriale, qui, de facto, lui confère un positionnement autre que celui qu'il avait auparavant et différent de celui de ses confrères DS. Ce rôle est celui d'animation de la CSIRMT de Territoire. D'un point de vue sémantique le terme de Coordonnateur Général des Soins est important à prendre en compte dans le sens où statutairement, seul un Directeur des Soins peut

---

<sup>13</sup> Vade-mecum, « *Groupement Hospitalier de Territoire : Mode d'emploi* », Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, p.26, 2016

<sup>14</sup> Ibid., p.29

occuper cette fonction. A contrario, dans le cadre d'un établissement de santé, en l'absence de Directeur des Soins, un cadre supérieur de santé qui occupe les fonctions de DS peut être PCSIRMT Locale. C'est à ce titre qu'il siège au directoire, qu'il participe à l'élaboration du PMSP de territoire dans le cadre du GHT et siège au comité stratégique. Il semble que cette nuance soit importante à prendre en considération s'agissant de la dynamique de coopération.

Le DS, Président de la Commission de soins de GHT peut être à l'initiative de la création d'un bureau de CSIRMT GHT qui aura comme prérogatives de déterminer l'ordre du jour des séances, envoyer les convocations, rédiger les comptes-rendus et les transmettre au Président du comité stratégique, au président du collège médical, aux membres de ladite commission.

Son rôle d'animation de la CSIRMT GHT renvoie à un rôle administratif certes, mais sa mission est bien plus large et consistera à fédérer ses collègues directeurs des soins autour de projets de territoire.

Il est prévu que la CSIRMT de GHT dispose de délégations de compétences par les CSIRMT des établissements parties. La DGOS propose certaines délégations comme les avis et consultations sur le projet de soins partagé et son articulation avec le PMP et les projets de soins des établissements parties, le développement de la recherche paramédicale et des innovations en santé, la politique qualité, le développement des compétences des professionnels... Dès lors que ces compétences spécifiques sont posées, elles sont inscrites dans un avenant à la convention constitutive. Charge aux DS et PCSIRMT GHT d'en déterminer les contours.

Les avis rendus par la CSIRMT GHT, sont transmis au CoStrat de GHT ainsi qu'aux commissions de soins des établissements de santé et médico-sociaux parties.

Notons que les CSIRMT locales gardent leurs compétences et ont un avis à donner sur un certain nombre de domaines qu'il conviendra de respecter. Rappelons que selon l'article R. 6146-10 du Code de Santé Publique, la CSIRMT est consultée sur :

- « *Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le coordonnateur général des soins,*
- *La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins,*
- *La politique de développement professionnel continu.*
- *La convention constitutive d'un groupement Hospitalier de Territoire ».*

Ce dernier point est une évolution liée au GHT. Il s'est concrétisé via un calendrier précis par un certain nombre d'aller-retour de présentation et d'avis entre CSIRMT locales et CSIRMT GHT pour valider le PMP/PDSP voire PMSP et la convention constitutive.

Dans ce cadre précis, le défi des DS de GHT est de conduire, dans chacun de leur établissement, le pilotage de cette instance tout en fédérant les représentants des professionnels paramédicaux autour de nouveaux projets dont le périmètre s'élargit dans une perspective territoriale. Leur niveau de coopération semble important à prendre en compte pour une homogénéité et une fluidité du message transmis et pour créer une identité commune au sein du GHT. Chaque DS aura à porter et donner du sens au PMSP, au PDSP, dans le cadre de son établissement.

#### B) Les autres instances du GHT

Le Comité Stratégique a pour mission de conseiller et d'orienter le directeur de l'établissement support concernant les projets en lien avec le GHT, dont le PMSP fait partie. Il est composé des directeurs des établissements parties, des présidents de CME et des présidents des CSIRMT. Sa composition rappelle sans nul doute celle du directoire.

Le collège médical ou la commission médicale de groupement est spécifié dans la convention constitutive du GHT. Le choix de l'une ou l'autre des options est posé par les CME des établissements parties. Les directeurs des soins peuvent y être invités.

Le comité des usagers ou la commission des usagers de groupement nécessite aussi le positionnement des CDU locales concernant le choix de l'une ou l'autre des possibilités.

Le comité territorial des élus a pour mission l'évaluation des actions mises en œuvre au niveau du GHT. C'est à la parution de la publication des 135 GHT que les comités territoriaux des élus ont été créés de facto.

Ces instances de GHT seront autant de vecteurs d'information et de communication pour les DS. Charge à eux de traduire et déployer cette information auprès de leurs équipes.

S'il est entendu qu'un des fondamentaux pour le DS est de donner du sens, cela s'avère d'autant plus exact dans ce contexte de territorialisation. Donner du sens revêt deux significations, permettre la compréhension du contexte et des changements et donner la direction, le cap.

Une des missions prioritaires du DS sera d'accompagner les professionnels et en premier lieu l'encadrement dans cette dynamique de coopération et de GHT au travers des filières

de prises en charge. Le projet médico-soignant partagé, ou le PDSP corrélé au PMP peut-il en être un des outils ?

### **1.2.2 Projet Médico-soignant ou projet médical et projet de soins partagés**

Inscrit dans la LMSS, le Projet Médical Partagé accompagné du Projet de Soins Partagé représente la pierre angulaire du GHT. Le législateur précise la nécessité de la présence d'un « *projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé [...]. Les équipes soignantes concernées par chaque filière qui y est mentionnée participent à sa rédaction*<sup>15</sup> ».

Afin de garantir l'égal accès à des soins sécurisés et de qualité à tous, les établissements et les professionnels de santé s'engagent dans une dynamique de coopération pour proposer une offre de soins adaptée aux besoins en santé de la population. Ainsi, chaque équipe médicale et soignante a été amenée à partager une réflexion commune pour répondre à ce défi de la territorialisation. Un des principes fondateurs repose sur la gradation des soins organisée entre établissements, avec l'identification des hôpitaux de premiers recours (hôpitaux de proximité), et des hôpitaux d'expertise et de recours.

C'est au travers le PMP et PDSP qu'apparaît la traduction de cette stratégie de prise en charge territoriale avec en fil conducteur le parcours patient et les filières de soins.

Le PMP s'inscrit dans les axes stratégiques du Projet Régional de Santé (PRS). Notons cependant que le PRS 2 était en cours d'écriture lors de la construction des PMP et PDSP. Un diagnostic territorial qui a permis de contourner cette difficulté.

La structure et le contenu du PMP et du PDSP prévus par voie réglementaire sont ainsi précisés : « *le projet médical et le projet de soins partagés [...] comprennent notamment :*

- *Les objectifs médicaux,*
- *Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,*
- *L'organisation par filière d'une offre de soins graduée,*
- *Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement [...] portant sur :*
  - *La permanence et la continuité des soins,*
  - *Les activités de consultations externes et notamment les consultations avancées,*
  - *Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle,*
  - *Les plateaux techniques,*
  - *La prise en charge des urgences et des soins non programmés,*

---

<sup>15</sup> Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Art. R. 6132-5.

- *L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles,*
  - *Les activités d'hospitalisation à domicile,*
  - *Les activités de prise en charge médico-sociale,*
- *Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie,*
  - *Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire,*
  - *Le cas échéant, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques [...].*
  - *Le principe d'organisation territoriale des équipes médicales communes,*
  - *Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation<sup>16</sup> ».*

Si certains GHT ont fait le choix d'un PMSP, d'autres n'en sont pas à ce stade d'intégration. Il est précisé que « *le projet de soins partagé ne peut être conçu que sur la base des orientations stratégiques et de l'identification des filières de prise en charge du projet médical partagé du GHT* <sup>17</sup> ». Il semble donc nécessaire, voire indispensable aux DS, d'avoir connaissance de l'ensemble des orientations stratégiques du PMP afin de construire un PDSP qui en assure la déclinaison paramédicale en termes d'évolution de la prise en charge, d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, de formation des personnels notamment pour les pratiques innovantes, et enfin d'accompagnement de l'encadrement à la dynamique du territoire.

Le Ministère des Solidarités et de la Santé propose les grandes thématiques qui aideront à la structuration du PDSP. Il s'agit de :

- *« La qualité et la sécurité des soins,*
- *Les démarches éducatives et de promotion de la santé,*
- *L'intégration des nouvelles technologies,*
- *Les compétences rares et critiques, les filières d'expertise, l'attractivité des professionnels,*
- *L'enseignement, la promotion de la recherche, la formation,*
- *L'accompagnement des cadres* <sup>18</sup> ».

<sup>16</sup> Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Art. R. 6132-3.-I

<sup>17</sup> Vade-mecum, « *Groupe Hospitalier de Territoire : Mode d'emploi* », Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, p.6, 2016

<sup>18</sup> « *GHT – Idées clés pour le projet de soins partagé* », Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, p.5, 2016



Selon Jean-Pierre Nordmann, consultant, le PMSP a pour objectif de répondre aux enjeux de chacune des filières en mettant en évidence :

- « *L'adéquation avec les besoins de territoire* » correspondant à la technicité, accessibilité et attractivité de l'offre sur le territoire de santé ;
- « *Le niveau de collaboration* » avec la clarification de la gouvernance des filières, la maturité de la collaboration, la mutualisation des ressources ;
- « *Le niveau d'efficience* » au regard de la fluidité des parcours et la gradation de l'offre, de la performance et la qualité de la prise en charge sans oublier l'optimisation des ressources<sup>19</sup> ».

Il semble évident que la première version du PMP et PDSP déposé aux ARS le 1<sup>er</sup> juillet 2017 demande encore à être approfondie à la lumière de ces éléments, en témoigne un article paru la presse professionnelle Hospimédia en septembre 2017<sup>20</sup>. Dans cette dépêche, il est précisé que cent neuf PMP avaient été déposés aux ARS et qu'à leur lecture, le niveau de précision s'avérait très hétérogène mettant en évidence des degrés de maturité différents. Par ailleurs, selon une étude menée par la DGOS sur un échantillon d'une soixantaine de GHT, les projets sont structurés en filière, avec l'identification de la gradation des prises en charge<sup>21</sup>. Cécile Courrège, Directrice Générale de l'Offre de Soins a souligné à l'époque le caractère non finalisé de ces projets et la nécessité de reprendre le travail pour davantage d'opérationnalité.

Notons enfin, les différentes typologies de projets dans le paysage des GHT. Selon cette même étude DGOS, 41 % des projets sont des projets médico-soignants partagés, 36 % sont des PDSP dissociés aux PMP et dans 23 % des cas il n'existe pas de PDSP. Il convient d'interroger cette disparité.

A présent, il convient de clarifier le concept de coopération. Nous nous efforcerons de le définir, d'en apporter un éclairage théorique et d'en repérer les caractéristiques.

---

<sup>19</sup> NORDMANN J.P., Février 2016, « *GHT : évolution ou révolution ?* », Finances Hospitalières, p.10

<sup>20</sup>-<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170913-politique-de-sante-109-projets-medicaux-partages-de>

<sup>21</sup> [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_ghet\\_etat\\_avancement\\_pmp\\_\\_psp\\_0917.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_ghet_etat_avancement_pmp__psp_0917.pdf)



## 2 Coopération et dynamique de coopération

« Dès lors que les hommes sont invités à travailler ensemble, l'aire de coopération s'élargit conséquemment entraînant dans son sillage des peurs nouvelles, des réticences, voire des résistances <sup>22</sup> ».

La coopération entre établissements ne se décrète pas, elle se construit. Elle repose sur les professionnels et leur degré de maturité quant à leur capacité à travailler ensemble. Mais avant tout, « ceci suppose de la part des dirigeants de créer des terrains d'entente décloisonnés, avec le point de vue des patients comme boussole <sup>23</sup> ».

### 2.1 Coopération : un concept à définir

L'étymologie de coopération vient du latin *cum*, avec, et *operare*, faire quelque chose, agir. Le Larousse la définit ainsi : « Action de coopérer, de participer à une œuvre commune, collaboration <sup>24</sup> ».

Pour Benoît Dubreuil, docteur en Philosophie, la coopération est le propre de l'Homme. Il précise que « l'écrasante majorité de nos interactions demeurent marquées par la confiance et la coopération <sup>25</sup> ». Il définit simplement la coopération comme « le fait d'agir ensemble en vue d'un objectif commun [...] La coopération implique qu'un but commun soit partagé par les acteurs <sup>26</sup> ». Selon lui, la coopération implique deux conditions, « l'intention partagée » d'une part, et des « motivations mixtes », à savoir que les acteurs ont à la fois une raison pour coopérer et une pour ne pas coopérer. Cela suppose une certaine forme de choix et d'autonomie de la part des acteurs.

Dans le cadre des GHT, cette définition semble pertinente. Le but commun serait la réponse apportée aux besoins de santé d'une population donnée, sur un territoire, par les acteurs de santé. Ils participent en ce sens à « une œuvre commune », qui se matérialise par le projet médico-soignant partagé, ou un projet médical partagé et un projet de soins partagé. Frederik Mispelblom Beyer, professeur en sociologie, explique que la coopération sous-tend l'idée de travailler ensemble, mais aussi de celle de l'implication et de l'engagement des acteurs dans cette coopération. Mais peut-il y avoir un réel engagement des acteurs

---

<sup>22</sup> MANGEONJEAN F., Septembre 2016, « Le GHT, une coordination nécessaire, un avenir à construire ensemble », Soins Cadres, n°99, p. 15.

<sup>23</sup> MISPELBLUM BEYER F, Septembre 2016, « Les défis de la coopération », Soins Cadres, n°99, p. 21.

<sup>24</sup> <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

<sup>25</sup> DUBREUIL B, Juin 2016, « Qu'est-ce que coopérer ? », Sciences Humaines, n°282, pp. 28-31

<sup>26</sup> Ibid.

s'il y a une injonction de coopérer. Et si l'on met en perspective l'intérêt du patient et des usagers, n'est-ce pas là « *l'intérêt commun* » de chacune des parties qui impulsera cet engagement ? Mais l'intérêt commun suffit-il à lui seul pour coopérer ? Laurent Cordonnier pense au contraire que ce n'est pas suffisant et que la contrainte est une composante de la coopération.

*« Non seulement l'intérêt individuel ne produit pas spontanément le bien commun, mais lorsque les hommes partagent les préoccupations semblables, il leur faut faire intervenir la contrainte pour les réaliser <sup>27</sup> ».*

La notion de contrainte paraît évidente dans le cadre des GHT. La LMSS a imposé aux établissements publics de santé (EPS) leur regroupement en GHT. Les ARS ont structuré et configuré les GHT. Le temps a constitué aussi une contrainte pour les acteurs du GHT, au regard des échéances d'élaboration des PMP et PDSP. Les EPS ont eu peu de marge de manœuvre dans ce contexte-là. Cependant, l'intérêt commun sous-tendu dans la notion de GHT porte sur l'égal accès à des soins de qualité et sécurisés.

Mais l'intérêt commun est-il le levier pour initier une coopération ? Dans son ouvrage « *Coopération et réciprocité* », Laurent Cordonnier a démontré que les intérêts à coopérer pouvaient être pluriels, sans pour autant porter atteinte à la coopération. Il explique qu'il y a trois types de situations possibles :

- Les situations avec des « *intérêts strictement identiques* », qui facilitent la coopération. La convergence des intérêts de chacun vers un intérêt commun en est la base. La coopération devient une évidence au vu des intérêts partagés. Dans ce contexte, coopérer peut être définie comme « *réussir à mener une action jointe qui profite à chacun <sup>28</sup>* ».
- Les situations avec « *intérêts strictement opposés* », qui marquent un frein réel à la dynamique de coopération. C'est la question de la compétition qui est sous-jacente, et reprend l'idée que si une des parties gagne, l'autre perd forcément. Plutôt que de mutualiser les forces, on les soustrait.
- Les situations avec « *intérêts mixtes* », qui ouvrent des perspectives de constructions de coopérations intéressantes. Il existe dans ce cas de figure à la fois des points d'accord et des points de désaccord. Toute la stratégie sera de s'accorder sur un socle minimum d'intérêts communs.

---

<sup>27</sup> CORDONNIER L, 1997, « *Coopération et réciprocité* », Presses Universitaires de France, p. 23

<sup>28</sup> Ibid.

## 2.2 Les freins et les leviers de la coopération

Pour bien fonctionner, la coopération nécessite que les acteurs aient édicté des règles connues de tous, que chacun se doit de respecter et que tous croient au respect des règles par les autres.

Selon Frederik Mispelblom Beyer, des cultures différentes représenteraient un frein à la coopération, d'où la nécessité de s'accorder sur des valeurs communes et un but commun.

Les auteurs de l'article « *Un an après, les facteurs de la réussite des GHT* », dénoncent le « *caractère obligatoire et un processus de construction rapide* <sup>29</sup>» concernant les GHT. D'après eux, l'enjeu de la coopération sera de faire naître pour les acteurs de territoire leur « *propre construit* ». Ils font la comparaison des logiques de coopération des GHT avec celles du monde industriel, davantage fondées sur une « *construction spontanée* » et évidente au regard des intérêts communs. Cette construction spontanée est en fait un des facteurs de réussite de la coopération. Que penser alors des GHT qui, pour beaucoup, ne sont pas construits sur ce modèle ? Pour autant, nous pouvons poser l'hypothèse qu'une culture de coopération ancienne et éprouvée est un élément constitutif de réussite.

Les auteurs citent Philippe Lefèvre, chercheur à Mines Paris Tech, qui a identifié les facteurs de réussite des « *pôles de compétitivité* ». Pour lui, la coopération repose sur deux principes :

- « *L'analyse stratégique qui permettra de déterminer des intérêts communs, et*
- *L'élaboration de projets communs pour faciliter les échanges informels de connaissances et générer des effets d'hybridation* <sup>30</sup>».

Il rajoute à ces deux principes le rôle fondamental de l'encadrement opérationnel et sa place privilégiée dans le dispositif. Il met aussi l'accent sur l'évaluation du dispositif des pôles de compétitivité et la nécessité des réajustements.

Pour lui, la question de la temporalité est un autre atout de réussite. Il semble important de laisser à tout un chacun le temps d'intégrer le dispositif et les nouvelles organisations. Cette étape facilitera l'acculturation à cette nouvelle façon de travailler.

## 2.3 Les parties prenantes dans la coopération

Dans le contexte des GHT, les acteurs de la coopération sont nombreux, nous l'avons évoqué précédemment. Nous nous attarderons de façon privilégiée sur la situation des DS et leur dynamique de coopération. Pour autant, il ne faut pas occulter l'impact que peuvent

---

<sup>29</sup> DURAND V, MINVIELLE E, ROLAND O, Décembre 2017, « *Un an après, les facteurs de réussite des GHT* », Gestions Hospitalières, n°571, pp. 638-645

<sup>30</sup> Ibid.

avoir les dynamiques de coopération avec et entre les autres acteurs que sont les directeurs d'établissements, les médecins ou plus précisément les PCME et les équipes d'encadrement. Concernant cette dernière catégorie, peut-on poser le postulat que si l'on souhaite faire coopérer les professionnels entre eux, les DS doivent montrer la voie et savoir coopérer entre eux. Pour ce faire, des méthodes existent pour lever les craintes existantes. Certains auteurs proposent les pistes suivantes<sup>31</sup> :

- Se mettre autour d'une table et travailler sur les représentations et les valeurs communes,
- Préciser ses attentes, doutes et inquiétudes,
- Partager sur les compétences complémentaires de chacune des parties,
- Identifier les pratiques communes.

Cette posture représente l'avantage qu'elle implique chacun dans sa relation à l'autre et engage les acteurs.

Au sein d'un établissement, la gouvernance repose sur le trinôme que représentent le directeur général, le PCME et le DS. Chacun avec son positionnement et sa vision différente, fera en sorte de répondre aux attentes que leur confèrent leurs missions respectives, avec pour objectif le fonctionnement optimal de l'établissement. Leurs intérêts sont à priori communs. Mais au sein du GHT, les interrelations se multiplient et se complexifient. Selon la taille et la configuration du GHT, en l'absence de directions communes, nous retrouverons ce trinôme multiplié par le nombre d'établissements. Et alors, les intérêts de chacun risquent d'être divergents. Les DG des établissements parties n'ont peut-être pas la même appétence que leur collègue DG de l'établissement support à œuvrer pour le GHT. Le raisonnement reste similaire pour les PCME, mais aussi pour les DS. De fait, comment chacun saura trouver les intérêts communs, voire mixtes qui sauront les guider vers la voie de la coopération ?

---

<sup>31</sup> DUBREUIL B., Juin 2016, « *Qu'est-ce que coopérer ?* », Sciences Humaines, n°282, pp. 36-37

Au regard de ces éclairages, nous pouvons reformuler notre question de départ de la sorte :

**En quoi la coopération entre directeurs des soins des établissements parties d'un même GHT impacte le niveau d'aboutissement du projet de soins du territoire, dans le contexte contraint de la construction des GHT ?**

Pour répondre à cette question, nous posons les trois hypothèses qui suivent :

**Hypothèse 1** : Les DS d'un même GHT ont des perceptions différentes de la coopération selon leur positionnement au sein du GHT : président de la CSIRMT de territoire ou non.

**Hypothèse 2** : La contrainte du temps a constitué un frein à l'élaboration aboutie du PMSP ou du PDSP.

**Hypothèse 3** : Filières, parcours et partage de pratiques professionnelles représentent des éléments fédérateurs pour les DS et permettent de donner du sens au PDSP ou PMSP et au GHT.





### 3 Enquête de terrain

#### 3.1 Méthodologie de l'enquête

L'objectif de la recherche effectuée dans le cadre de ce mémoire professionnel est de répondre à la problématique posée, mais aussi de dégager des préconisations dont le DS peut se saisir dans l'exercice de ses missions.

La méthodologie choisie est une méthode qualitative qui repose sur des entretiens semi-directifs et sur l'analyse des documents que sont les projets de soins partagés de territoire.

##### 3.1.1 Le terrain de l'enquête

Afin d'obtenir différentes visions sur la thématique de la coopération des directeurs des soins dans le cadre des GHT, il semblait pertinent d'enquêter sur deux types de terrains distincts :

- Les GHT dont les établissements parties ont une antériorité de coopération (CHT, GCS...),
- Les GHT dont les établissements parties ont été contraints de travailler ensemble dans le cadre d'un GHT géographique imposé par l'ARS.

L'enquête s'est déroulée sur cinq GHT de taille et de régions différentes.

GHT	Nombre d'établissements	Coopérations antérieures	Type de projet partagé
GHT A	3	Non	PMP + PDSP*
GHT B	2	Non	PMP + PDSP *
GHT C	5	OUI	PMP + PDSP*
GHT D	11	OUI	PMSP *
GHT E	7	OUI	PMP + PDSP

\* *Projet médical, de soins ou médico-soignant communiqué*

##### 3.1.2 Les professionnels enquêtés

S'agissant des professionnels enquêtés, le choix s'est porté sur les Présidents des CSIRMT des établissements parties ayant participé à l'élaboration du projet de soins partagé ou du projet médico-soignant partagé. L'échantillon est le suivant :

- Cinq DS PCSIRMT GHT,
- Cinq DS des établissements parties du GHT, présidents de la CSIRMT Locale,
- Un Cadre supérieur de santé occupant les fonctions de DS, président de la CSIRMT locale.

GHT	DS PCSIRMT Locale	DS PCSIRMT GHT	PCSIRMT Locale non DS
GHT A	1** (DS 2 - 2014)	1 (DS 1 - 2014)	-
GHT B	1 (DS 4 - 2014)	1(DS 3 - 2003)	-
GHT C	1 (DS 6 - 2005) 1 (DS 7 - 2003)	1** (DS 5 - 2016)	-
GHT D	1 (DS 9 - 2008)	1** (DS 8 - 2006)	1(CSS faisant fonction DS 10 - 2004)
GHT E		1 (DS 11 - 2004)	

\*\* DS de l'établissement support

### 3.1.3 Le choix de l'outil de recherche

#### A) L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif nous apparaissait comme étant l'outil le plus adapté à cette enquête de terrain. Il permet une collecte de données au travers le discours singulier des personnes interviewées. Il vise à faire verbaliser la personne sur l'action mise en place. Il sert une approche qualitative de la problématique traitée. Il permet un discours par thèmes prédéterminés par le cadre conceptuel. Il s'agit d'une logique compréhensive qui permet « de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants <sup>32</sup>».

Lors de l'entretien, une écoute active est requise et permet de formuler des questions de relance si nécessaire. Une attitude neutre est essentielle pour ne pas induire un sens de réponse déterminé.

Si la volonté initiale était de mener des entretiens en face à face, la contrainte du temps et l'éloignement géographique nous ont orienté vers des entretiens téléphoniques

Un guide d'entretien<sup>33</sup> a été élaboré et a permis d'aborder l'ensemble des thèmes développés. La première question posée permet une prise de contact avec la personne interviewée, mais aussi un recueil de données sur l'ensemble de sa trajectoire professionnelle qui pourrait constituer des variables.

<sup>32</sup> IMBERT G, Mars 2010, « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », Recherche en Soins Infirmiers, n°102, p. 25

<sup>33</sup> Annexe I

Une grille d'analyse<sup>34</sup> a été construite en faisant un focus sur chaque hypothèse. Le travail a été ensuite de mettre en lumière les thèmes abordés par les personnes, de les catégoriser, les classer et identifier les notions récurrentes et celles qui diffèrent.

#### B) L'analyse documentaire

Afin d'objectiver des discours des professionnels interviewés et repérer l'impact de la coopération entre DS sur l'aboutissement des projets qu'ils soient médico-soignants ou projet de soins partagés adossés à un PMP, il nous est apparu essentiel d'analyser les PDSP de chaque GHT.

L'objectif de cette analyse documentaire est de repérer la construction des PMSP et/ou PDSP, leur niveau d'aboutissement, la présence ou non de fiches actions...

A l'instar de l'exploitation des entretiens semi-directifs, une grille<sup>35</sup> d'analyse a servi de structure.

#### **3.1.4 Les limites de l'étude**

L'enquête a porté sur cinq GHT sur les cent trente-cinq existants, auprès des directeurs des soins qui ont participé à la construction des GHT. En aucun cas elle n'a vocation à être exhaustive et à être généralisable. Elle permet en revanche d'avoir des éléments de compréhension sur les dynamiques de coopération des acteurs mises en place dans ces GHT, en se basant sur le discours des personnes interviewées.

Notons que dans chacun des GHT enquêtés le contexte n'a pas permis de rencontrer l'ensemble des DS, bien qu'ils aient coconstruit le PDSP. En effet, force a été de constater que certains postes de DS étaient vacants suite à des départs en retraite non encore remplacés. De plus, les directions communes sur certains GHT expliquent le nombre moindre de personnes interviewées comparé au nombre d'établissements parties du GHT.

Ajoutons que les entretiens en face à face sont plus riches dans les échanges. Ils permettent de percevoir des éléments du langage non verbal, et de formuler des relances plus pertinentes que dans les entretiens téléphoniques. Pour autant, l'éloignement géographique de certains établissements n'a pas permis la rencontre directe et les entretiens téléphoniques ont été privilégiés. Ainsi, sur les onze entretiens, trois ont été menés en face à face.

---

<sup>34</sup> Annexe II

<sup>35</sup> Annexe III

## 3.2 Résultats de l'enquête de terrain et analyse

A présent, nous allons présenter les résultats de notre enquête de terrain. Pour une meilleure lisibilité et pour faciliter l'analyse, nous avons choisi de les présenter en référence aux trois hypothèses posées initialement.

**En quoi la coopération entre directeurs des soins des établissements parties d'un même GHT impacte le niveau d'aboutissement du projet de soins du territoire, dans le contexte contraint de la construction des GHT ?**

### 3.2.1 Hypothèse 1 : Les DS d'un même GHT ont des perceptions différentes de la coopération selon leur positionnement au sein du GHT : président de la CSIRMT de territoire ou non.

Tout d'abord, rappelons les caractéristiques générales de la coopération que sont la confiance et la connaissance entre les acteurs impliqués, et la notion de travailler ensemble dans un intérêt et un objectif commun ayant du sens pour tous.

#### A) Apprendre à se connaître, se reconnaître

Il s'agit là de la première étape à franchir pour initier un travail de coopération. L'enquête ne met pas en évidence de différences notables entre DS concernant ce point et ce, quel que soit le type de GHT. Même dans les GHT avec une antériorité de coopération, ce temps est nécessaire pour l'ensemble des acteurs dans cette nouvelle configuration territoriale. De plus, l'envie de travailler ensemble représente une source de motivation pour les DS, ainsi que l'objectif d'avancer dans l'élaboration d'un PDSP et consolider leur positionnement de directeur des soins dans le GHT, par la production d'un projet de qualité ancré sur le territoire. En ce sens, ce dernier point constitue une partie de l'intérêt commun. Mieux se connaître entre acteurs de GHT a permis pour chacun de lever ses craintes, d'être en confiance et de mesurer finalement les enjeux de la territorialisation. Les DS interviewées disent majoritairement ne pas avoir eu d'inquiétude pour la mise en place des GHT et de la nécessité voire l'obligation de « *travailler ensemble* ». Ils expliquent que la principale crainte, partagée par le corps médical, les professionnels de santé et certaines équipes de direction était que « *le gros mange le petit* ». Cette représentation était en lien soit à la présence d'un CHU dans le GHT, soit à celle d'une certaine défiance vis-à-vis de l'établissement support.

Les DS ont une vision élargie en ce sens où pour eux, la coopération se situe à plusieurs niveaux à savoir :

- Le niveau politique et stratégique entre directeurs d'établissement, président du collège médical et PCME, directeurs des soins. Leur capacité à travailler ensemble est déterminante selon eux pour impulser la dynamique auprès des autres acteurs.
- Le niveau opérationnel, entre membres des groupes de travail (directeurs référents de filières ou de thématiques, médecins, cadres et professionnels soignants parfois).

Même si le GHT n'en est qu'au début de sa construction, chacun a perçu qu'ils œuvraient pour un intérêt commun.

*« Pour que le mot « partagé » ne soit pas une coquille vide, le projet médical doit s'inscrire dans le cadre où les médecins, et plus généralement les soignants, se connaissent et se reconnaissent <sup>36</sup>».*

Afin de donner du sens au GHT et au PMP associé au PDSP, les DS disent tous avoir un rôle déterminant de traducteur auprès des équipes soignantes, d'où l'enjeu essentiel de la communication.

#### B) L'enjeu majeur de la communication pour tous les DS

L'enjeu de communication autour de la thématique « GHT », du PMP et PDSP est reconnu comme majeur par et pour les DS interrogés, et ce à deux titres, d'une part lever les craintes liées au GHT et faire connaître les projets futurs, et d'autre part donner du sens au PDSP. La communication se situe cependant à plusieurs niveaux : la communication entre DS, la communication DS PCSIRMT et Président du Collège Médical du GHT (PCM GHT), communication du PDSP dans les instances GHT et locales.

Tous d'abord, la communication entre DS, qui de leur point de vue communiquent de façon satisfaisante entre eux. Ils disent tous avoir un langage commun et s'appuyer sur des valeurs partagées, ce qui constitue à leurs yeux un facteur de réussite.

Ensuite, la communication entre les DS et plus particulièrement le PCSIRMT GHT et le président de collège médical est caractérisée comme essentielle pour s'accorder et articuler le PDSP de façon pertinente au PMP. Nous repérons en fait, qu'elle est à géométrie variable selon le territoire. Alors que la communication et la coopération paraissent assez fluides dans les GHT C, D et E, elles s'avèrent être compliquées dans les deux autres GHT A et B. Une des explications possibles est l'antériorité des coopérations entre établissements. En effet, dans les GHT C, D, E certaines équipes médicales se connaissaient, avaient pour certains identifiées des filières de prise en charge communes en amont de la LMSS de

---

<sup>36</sup> VIGNERON E., Mai 2017, « L'Hôpital et le Territoire. De la coordination aux GHT : une histoire pour le temps présent », SPH Editions, p.241

2016. De fait, se retrouver autour d'un projet de territorialisation de soins a été moins générateur de craintes. Les DS étaient facilement associées aux temps de rencontres de travail pour le PMP. De plus, l'entente cordiale entre PCM GHT et PCSIRMT est un facteur de réussite certain pour communiquer auprès des équipes, en témoignent les propos les DS PCSIRMT des GHT C et D.

*« Il y a une très belle articulation entre PCM GHT et PCSIRMT GHT [...] et dans l'esprit et dans la pratique on est dans une volonté d'avoir un PMSP. » (DS 5)*

A contrario, les DS des GHT A et B se sont vu opposer un refus à leur demande d'intégrer les groupes de travail (pour eux ou des professionnels paramédicaux, comme des cadres), au prétexte de conflits au sein même du corps médical. Les tensions internes à la communauté médicale devaient être apaisées avant toute ouverture à une autre communauté. En fait, il a fallu que les Présidents de collège médical favorise l'apaisement interne à la communauté médicale avant de passer à une autre étape.

Enfin, la communication sur le GHT, les projets, et plus précisément le PDSP reste un enjeu essentiel tant pour les PCSIRMT de GHT que pour les PCSIRMT des établissements parties. Concernant ce point, il semble que les DS aient davantage informé que communiqué. L'enjeu était pour eux d'informer les équipes soignantes sur l'évolution de la mise en place des GHT et des projets qui en sont la colonne vertébrale. Le premier vecteur pour la communication répond à une exigence réglementaire à savoir la présentation, voire la validation ou consultation pour avis des PDSP aux instances du GHT (CoStrat, CSIRMT GHT, Collège médical de GHT...) par le PCSIRMT GHT. Puis, chaque PCSIRMT d'établissement aura la charge de leur présentation selon un circuit similaire comprenant la CSIRMT locale.

Les autres moyens de communication ont un caractère protéiforme. Les réunions d'encadrement pour une information directe auprès des personnes concernées, mais aussi le journal interne établissement ont été investis par tous.

Les plateformes collaboratives ont facilité le partage de documents notamment dans les GHT dont les établissements parties étaient distants (géographiquement ou en temps de trajet) l'un de l'autre.

L'enjeu à venir exprimé par tous les DS enquêtés est celui de l'information plus complète auprès des équipes soignantes. Tous font le constat de la difficulté que soulève cet enjeu de communiquer de façon pertinente dans le but d'atteindre les équipes soignantes.

Notre étude a mis en exergue une problématique à prendre en compte pour aller plus loin dans la coopération, celle de la légitimité de la présidence de la CSIRMT de GHT.

### C) Légitimité de la présidence de la CSIRMT de territoire

En effet, la question de la légitimité de la présidence de la CSIRMT de territoire se pose de façon plus ou moins marquée selon la typologie de GHT.

- Dans les GHT de Type « monopôle attractif » : une légitimité de la présidence sous-tendue par la légitimité du CHU établissement support.

Dans les GHT de type « *monopole attractif* » (GHT D et E), la présidence va de soi et n'est remise en question par aucun des DS rencontrés. Pour le GHT D, la PCSIRMT est positionnée sur le CHU, noyau central du GHT. Le positionnement du CHU sur le GHT renforce ce schéma. Quant au GHT E, intégrant lui aussi un CHU, l'alternance de la présidence prévaut et fait consensus. Rappelons que le président actuel de la commission des soins de territoire n'est pas sur l'établissement support, et cette organisation lui permet de facto d'assurer des missions territoriales qu'il n'assurerait pas dans une autre configuration.

*« La commission de soins est avant tout une affaire de territoire et pas de CHU. »*  
(DS 11)

Notons que cette alternance se fait entre les deux DS CGS du GHT. Les autres DS, n'assurant pas les missions de coordonnateur général des soins, ne peuvent prétendre à ce titre.

Les deux PCSIRMT GHT précisent être très attentifs à la reconnaissance de la place de chacun des DS dans le GHT et ne souhaitent en aucun cas leur ôter leurs prérogatives sur leur établissement. Parallèlement, ils veillent à ce que le niveau d'information soit identique d'un DS à l'autre. En effet, chaque DS *« est présente sur les groupes de travail correspondant aux filières de prise en charge »*. De plus, Ils sont attachés à la répartition des missions et de la représentativité d'un directeur des soins aux différentes instances semble être un élément important de partage.

*« On a partagé la représentation de la présidence de la commission des soins de GHT dans le différentes instances... Chacun a quelque chose, de telle sorte que chacun œuvre pour le GHT, que chacun ait sa place, c'est normal. »* -(DS 8)

De cette implication dans le GHT découlera le message porté dans chaque établissement, en instances et autres réunions.

L'enjeu est donc fort pour les PCSIRMT GHT d'avoir des relais sur le territoire que sont leurs collègues. Ils seront porteurs de sens de cette nouvelle organisation territoriale, parfois peu audible pour les professionnels de santé. Le PDSP est l'affaire de tous et pas seulement celle du PCSIRMT. D'ailleurs, une des DS précise qu'elle ne souhaite pas être

dans un « *management baladeur* », chacun ayant son périmètre de responsabilité. Ce discours est parfaitement entendu par les autres DS des GHT qui apprécient d'être reconnues dans le GHT pour la spécificité de leur établissement même s'il n'est que satellite du CHU.

☞ Dans les GHT de type « *multipolaire* » : une légitimité de la présidence fragilisée. En revanche, dans les GHT de type « *multipolaire* » (GHT A et C), la question de la légitimité de la présidence de CSIRMT se pose. Elle est remise en question par certains DS du GHT qui ne reconnaissent pas leur collègue dans cette fonction et demandent davantage de partage des responsabilités. Pour autant, les PCSIRMT de ces GHT disent porter attention à la parole de tous. La DS 1 essaie « *d'avoir un mode fonctionnement équitable* » et justifie sa nomination par la « *représentativité des trois établissements au niveau de la gouvernance* », chacun des établissements assurant la présidence du collège médical ou de la CSIRMT, ce qui explique que la PCSIRMT n'est pas sur l'établissement support. Elle évoque ce positionnement comme une source de difficulté pour elle. Tout d'abord parce qu'il a généré des tensions entre DS, l'une d'elles briguant cette fonction. Par ailleurs, cette difficulté se pose en termes de loyauté. Elle explique que la loyauté qu'elle avait envers son DG représentait un frein à sa libre expression lors des comités stratégiques souvent conflictuels entre directeurs et entre médecins. Selon elle, une lettre de missions l'aurait aidé dans son positionnement auprès de ses collègues DS et des directeurs. La DS 5 du GHT C tire, quant à elle, sa légitimité par son appartenance à l'établissement support. Pour autant, un des DS du GHT réfute cet état de fait et aurait préféré un partage des responsabilités et éventuellement une alternance de la présidence.

« *Une réflexion est à mener sur le fait que l'établissement support ait toutes les têtes de pont. Est-ce que la PCSIRMT doit systématiquement être de l'établissement support ? Il pourrait y avoir un tour de rôle...Il y a quelque chose de plus démocratique.* » (DS 7)

Les enjeux professionnels propres à chaque DS, se révèlent être déterminants. En effet, si certains DS expriment l'idée de ne pas être intéressés par ces missions de PCSIRMT, d'autres, en revanche, montrent une appétence particulière. L'expression de leur ressenti quant à la dynamique de coopération mise en place diffère quelque peu. Les propos des DS non intéressés en sont une illustration :

« *On s'est réparti les rôles selon nos spécialités et compétences. Donc on est référents de groupe de travail par rapport à ces quatre thématiques, la personne âgée, le MCO, la psychiatrie et la recherche en soins.* » (DS 6)



En revanche, les DS intéressées par cette mission revendiquent leur autonomie et l'absence de liens hiérarchiques avec le PCSIRMT GHT. Et de préciser que le rôle de PCSIRMT n'est que l'animation de la commission des soins de territoire.

En fait, il semble qu'en filigrane, c'est le positionnement de DS non président de commission de soins de territoire qui inquiète et questionne à ce jour. Certains sont réellement inquiets de l'avenir de leur fonction sur un établissement et il semble qu'aujourd'hui si les missions de chacun ne sont pas définies et consolidées, il subsistera un objet de discorde qui pourrait discréditer le corps des DS sur le GHT.

➤ Dans les GHT de type « *duopole artificiel* »

Dans ce GHT de deux établissements (GHT B), cette question n'a pas été soulevée. Même si les deux DS n'avaient jamais travaillé ensemble, ils se connaissaient par le biais de l'Association Française des Directeurs des Soins. Ils se rejoignent sur le fait que la présidence de la CSIRMT est légitimée par l'ancienneté supérieure de la DS qui en a la charge. Dans cette configuration de GHT, où les conflits entre DG, entre médecins, ont été nombreux, rendant la mise en place laborieuse, les DS ont fait corps et ont coopéré. Ils avaient un intérêt commun, celui de faire reconnaître leur place et rôle sur le GHT, notamment du fait de leur difficulté à être intégré aux groupes de travail en lien avec le PMP. Parler le même langage, partager les mêmes valeurs, avoir des projets de soins locaux avec des orientations similaires leur a permis d'avancer de façon plus sereine dans le PDSP.

D) L'enjeu du territoire

La territorialisation de l'offre de soins est appréhendée et comprise par tous les DS interviewés. C'est ce qui donne sens et constitue concrètement l'intérêt commun nécessaire dans toute coopération. Ce point précis fera l'objet d'un développement en réponse à l'hypothèse 4.

Mais, nous avons mis en évidence une vision exprimée exclusivement par les DS PCSIRMT de GHT avec un historique de coopération. Ces derniers soutiennent l'idée qu'il est essentiel de coopérer dans un enjeu de territoire pour faire face aux groupes privés. C'est le regroupement de l'offre publique qui devient nécessaire pour une réponse adaptée. De leur point de vue, leur discours a évolué et devient davantage politique et stratégique s'agissant de ce point de réflexion médico-économique.

## Synthèse

Nous pouvons voir, à la lumière de ces résultats que les DS ont des enjeux de coopération différents selon qu'ils sont PCSIRMT ou non.

Cependant, des nuances sont à apporter selon la configuration du GHT, la légitimité de l'établissement support et selon les enjeux professionnels de chacun.

Les points convergents sont la nécessité d'apprendre à se connaître pour amorcer ce travail de coopération.

Les points divergents se situent dans la question de la légitimité du PCSIRMT de territoire. Enfin, coopérer est un enjeu essentiel pour développer des stratégies entre DS afin d'articuler PDSP au PMP sur son volet soignant et pour aboutir *in fine* à un PMSP.

### 3.2.2 Hypothèse 2 : La contrainte du temps a constitué un frein à l'élaboration aboutie du PMSP ou du PDSP.

#### A) Une temporalité contraignante

Au regard des différents discours, il s'avère que le temps, et plus précisément le manque de temps a constitué une contrainte, en témoignent les DS des GHT A et B, qui n'avaient aucune antériorité de coopération. En effet, pour ces deux GHT, un délai supplémentaire a été accordé par l'ARS pour le dépôt du PMP et PDSP. La raison principale était l'instabilité du contour du GHT. C'est la demande de dérogation des établissements de psychiatrie initialement établissements parties de ces GHT (A et B), et un retard de désignation de l'établissement support (GHT B) qui ont été à l'origine de cette instabilité.

*« On a commencé à travailler comme ça (à quatre établissements) pendant un an et au bout d'un an l'établissement psychiatrique a obtenu une autorisation pour ne plus être dans le GHT. » (DS 2)*

*« Très rapidement les deux établissements de psychiatrie n'ont pas souhaité travailler avec nous [...] On a perdu du temps et l'ARS a tenu compte de la situation. » (DS 3)*

Notons que pour ces deux terrains d'enquête, la non-association des DS dans l'élaboration du PMP a constitué un frein important. Le fait de n'avoir été associé que très tardivement aux groupes de travail du PMP a rendu difficile une articulation pertinente PMP - PDSP.

La DS3 précise que *« le PDSP a été fait à la va-vite, en une semaine, une fois que le PMP a été fait. »* De plus, cette organisation n'a pas permis de rendre un travail abouti qui mérite d'être approfondi, notamment en ce qui concerne les fiches actions comme l'illustrent les propos de la DS 4, *« On a élaboré rapidement un PDSP, très stratégique, avec les grandes orientations et le plan d'action est resté purement théorique...Il nous appartient maintenant*

*de mettre en place des groupes de travail pour les différentes filières, avec une compétence médicale, paramédicale et un directeur. »*

#### B) Le temps comme facteur de réussite

Pour autant, ce temps très contraint, quelle que soit la configuration du GHT, s'est révélé être un facteur de réussite. Répondre à la demande de présenter le PMP et le PDSP pour le 1<sup>er</sup> juillet 2017 a poussé ces acteurs à travailler ensemble et à produire un projet cohérent même s'il nécessite d'apporter des précisions davantage opérationnelles. Certains soulignent d'ailleurs l'impact positif du facteur temps sur le projet :

*« Quand on a une contrainte dans le temps, il faut qu'on se donne les moyens » (DS2)*

*« Tout le monde s'y est mis pour être prêt à la date. » (CSS 10)*

*« Ça a été contraint, et d'un autre côté, avec de la distance, je crois qu'on est beaucoup à dire que c'est peut-être ce qui nous a permis de réussir. » (DS 8)*

Cependant, nous remarquons des niveaux d'aboutissement des PDSP très différents d'un GHT à l'autre, même si globalement les DS sont satisfaites du travail accompli et du projet en lui-même. Certains déplorent le caractère incomplet des projets lié soit à l'absence de fiches action, soit à son articulation insuffisante avec le PMP.

#### C) L'accompagnement méthodologique pour limiter l'impact temps

Dans les cinq GHT enquêtés, un consultant extérieur a contribué à l'élaboration des PMP et PDSP.

*« La consultante a vraiment été aidante, elle nous a boostées [...] L'échéance plus la consultante, on n'avait pas d'alternative, il fallait le faire. » (DS 2)*

*« Pour pouvoir créer une synergie et créer un projet commun [...] se faire accompagner pour réaliser le PMP et PDSP a été aidant. » (DS 8)*

Dès lors qu'une aide méthodologique a été mise en place, les DS ont pu concentrer leurs efforts sur le fond et l'essence même des projets de soins. Le consultant a facilité les échanges pour certains, favorisé le travail d'analyse des différents projets de soins des établissements parties, permis d'affiner le diagnostic et de mettre en exergue des actions et objectifs prioritaires.

#### D) Un GHT chronophage

Tous s'accordent à dire cependant que le GHT est chronophage. Une double temporalité s'est installée, celle de l'établissement et celle du GHT que chacun va devoir intégrer.

*« Ce qui est le plus difficile, c'est la temporalité... temporalité du GHT et établissement. » (DS 8)*

*« La première difficulté est que chacun a dû mettre du temps. » (DS 5)*

*« Au quotidien, le temps « bouffé » par le GHT c'est monstrueux ! » (CSS 10)*

Depuis la mise en œuvre de la LMSS de 2016 concernant la mise en place des GHT, chacun a été impacté dans son quotidien, que ce soit par la participation aux différentes instances du GHT (Comité Stratégique, CSIRMT de territoire, collège médical...), ou l'intégration de nombreux groupes de travail nécessaires à l'élaboration de la convention constitutive et au PMP ou PDSP. Pour illustration, l'un des DS non PCSIRMT a estimé ce « *temps GHT* » à une journée par semaine :

« *20 % de mon temps est consacré au GHT* » (DS 9)

Une autre explique son quotidien durant cette période :

« *Déjà le CoStrat se tenait tous les quinze jours, les collègues médicaux tous les quinze jours, puis les réunions des commissions internes, plus les CHSCT, les CME, les CDU... tout se multiplie.* » (DS 1)

Le temps de trajet entre établissements, quelle que soit la région dans laquelle se trouve le GHT est une difficulté à prendre en compte et s'impose maintenant les agendas de chacun. Les nouvelles technologies de communication, comme la visio-conférence, les conférences téléphoniques ne sont pas développées partout et surtout ne donnent pas entière satisfaction, du moins dans cette phase de démarrage. Les personnes ont besoin de se rencontrer, d'apprendre à se connaître pour mieux travailler ensemble. En revanche, dans chaque GHT, les plateformes collaboratives de partage de documents se sont avérées être facilitatrices et une aide précieuse pour leurs utilisateurs.

Enfin, ce « *temps GHT* » se surajoute au travail quotidien de chacun des DS pour mener à bien leurs missions et les projets dans leur établissement respectif. Et bien que ce temps ait été important pour la naissance des GHT, nous posons le postula qu'il le sera tout autant pour développer, consolider et pérenniser les coopérations naissantes.

C'est la raison pour laquelle beaucoup des DS rencontrés lors de ce travail s'interrogent sur l'intérêt de maintenir un PDS local du fait d'une possible redondance avec le PDSP. La déclinaison du PDSP sur chacun des établissements constituerait pour eux une solution et un gain de temps non négligeable.

« *Moi aujourd'hui, je m'inspire plus du PDSP et je le décline sur l'établissement.* »  
(DS 1)

« *Quid des projets internes. Comment on se raccroche au PDSP dans l'établissement ?* » (DS 2)

A ce jour, la question se pose de l'intérêt d'un projet de soins par établissement, d'autant que les groupes de travail se multiplient sur le GHT et que le temps n'est pas extensible.

## **Synthèse**

Nous pouvons dire que notre hypothèse posée en ces termes est confirmée et que le temps contraint a été un frein à l'élaboration de PDSP aboutis. Pour autant, des PDSP ont été écrits et présentés aux différentes instances et à l'ARS, ce qui était le livrable attendu. Le niveau stratégique a été développé, charge maintenant aux DS d'en travailler le niveau opérationnel et de le décliner en fiches action.

De plus, ce travail a permis de mettre en évidence une nouvelle notion, celle du « *temps GHT* ». La construction des GHT et celle de l'ensemble des éléments qui le constituent ont été consommatrices de temps, et chacun des acteurs a été impacté par ce « *temps GHT* ».

La question qui se pose aujourd'hui est de savoir comment optimiser voire économiser le temps. Pour certains DS, le regroupement des PDSP et PDS établissement permettrait un gain non négligeable, en gain de temps et en gain de sens.

### **3.2.3 Hypothèse 3 : Filières, parcours et partage de pratiques professionnelles représentent des éléments fédérateurs pour les DS et permettent de donner du sens au PDSP ou PMSP et au GHT.**

#### **A) Des filières de soins et des parcours inégalement définis**

Tout d'abord, nous présenterons dans le tableau suivant, un état des lieux des PDSP issu de l'analyse documentaire réalisée sur la base du PMSP et des PDSP étudiés.

L'objectif est de repérer si les différentes thématiques attendues dans le PDSP (en référence au document du Ministère des Solidarités et de la Santé « *Idées clés pour le PDSP* ») sont réellement présentes et si l'organisation de la mise en œuvre est anticipée par l'identification de pilotes, d'un échancier, d'indicateurs de suivi et enfin par la présence de fiches action.

*A noter : seuls les PDSP et PMSP des GHT A – B – C – D ont servi cette analyse, le PDSP du GHT E n'ayant pas été communiqué.*

	GHT	A	B	C	D	E
	PDSP / PMSP	PDSP	PDSP	PDSP	PMSP	PDSP***
	Identification des filières	Oui	Non*	Oui **	Oui	Oui
THEMATIQUES	Qualité et sécurité des soins	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
	Démarche éducative et promotion de la santé	Oui	Non	Oui	Oui	
	Intégration des nouvelles technologies	Oui	Non	Non	Oui	-
	Les compétences rares et critiques	Oui	Non	Oui	Oui	-
	L'enseignement, la promotion de la recherche, la formation	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	L'accompagnement des cadres	Oui	Oui	Oui	Non	-
SUIVI	Pilotes identifiés	Non	Non	Oui	Oui	-
	Echéancier	Non	Non	P	P	-
	Indicateurs d'évaluation, de suivi	Oui	Non	Oui	Oui	-
	Fiches actions	P	Non	P	P	-

*P : Partiellement*

*\* : Axe 1 du PDSP, mais non précisé dans le détail*

*\*\* : filières identifiées sous l'angle des populations spécifiques (personnes âgées, santé mentale, santé publique)*

*\*\*\* : PDSP non communiqué, renseignements basés sur le déclaratif du DS 11*

A la lecture de ce tableau, nous constatons rapidement une certaine hétérogénéité dans la structuration des PDSP et dans leur état de complétude. Pour autant, certains éléments ont une récurrence d'un projet à l'autre.

*« Le point d'ancrage, c'est vraiment les filières et les parcours au sein des filières »  
(DS 3)*

Cette déclaration correspond aux attendus des PMP et PDSP, à savoir la définition de filières sur le territoire, qui *in fine* donne du sens au PDSP et au PMP en réponse à des besoins en santé de la population d'un territoire donné. C'est bien là l'essence même des GHT. De plus, c'est ce qui constitue le but commun recherché et attendu dans toute coopération. Mais, bien que la majorité des acteurs soit convaincue de cette affirmation, la réalité est toute autre quant à la mise en œuvre effective des filières. Certes, la structuration en filières de prise en charge, voire l'intégration des parcours dans les filières est posée sur papier, mais il apparaît des disparités s'agissant de la prévision de leur mise en application concrète.

Tout d'abord, l'analyse du seul PMSP étudié démontre que l'axe médical, avec notamment les filières de prise en charge, est parfaitement développé, de même que la gradation des soins. La représentativité et le positionnement de chaque établissement partie sont pris en compte. Le diagnostic territorial de la distribution de l'offre de soins est réalisé avec un certain niveau d'affinement. La partie « M », médicale, du PMSP est très développée et renseignée au regard des attendus réglementaires. Dans ce GHT, les DS, inscrits dans une dynamique de coopération entre eux, ont été parties prenantes dès le début dans les groupes de travail avec les médecins pour déterminer les orientations stratégiques. Cependant, comparée aux autres projets format PDSP, la partie « S », soignante, est diluée et moins visible. Pour autant, des actions concrètes ont déjà été menées sur le volet paramédical. Pour illustration, l'ARS a accompagné financièrement l'expérimentation des IDE d'astreinte intervenant en EHPAD dans le but d'éviter les hospitalisations, ou encore le projet d'une infirmière de parcours postée sur le CHU, mais œuvrant pour le GHT. L'objectif sur ce territoire est de mutualiser les ressources spécifiques (IDE de parcours, IDE stomathérapeute ...) au service du territoire. C'est ainsi bien l'ancrage filière et parcours qui est prégnant et donne du sens au PMSP.

Concernant les PDSP des GHT A et C, nous constatons des similitudes dans leur structuration. Ils s'inscrivent dans la continuité du PMP, assurant sa traduction paramédicale. Tous deux abordent la question de la qualité et de la sécurité des soins, la promotion de la santé, l'accompagnement dans le développement des compétences, l'accompagnement des cadres. Le point d'ancrage reste les filières de prise en charge, même si des choix différents ont été pris concernant la complétude des filières.

Pour l'un (GHT C), les filières sont identifiées selon la spécificité de la population. En fait, toutes ne sont pas abordées, mais les seules déclinées le sont en regard d'une population vulnérable : les personnes âgées, les personnes en santé mentale, la santé publique. Le collectif DS et particulièrement la PCSIRMT exprime la volonté de travailler en étroite collaboration avec PCM GHT pour davantage de cohérence et donner sens au projet. D'ailleurs, certaines actions en témoignent, comme la création de la « *fiche de liaison santé mentale* ».

*« On a un PDSP et un PMP. Très probablement, on va arriver à un PSMP parce qu'il y a une belle articulation entre la PCM territoriale et moi, PCSIRMT. Elle participe à toutes les commissions de soins de territoire. » (DS 5)*

Pour l'autre (GHT A), le document intitulé PDSP est formalisé, structuré et répond aux attendus. Pour autant, les DS ne sont pas réellement satisfaites de ce travail. Elles disent avoir répondu à la commande, et ont d'ailleurs été félicitées par l'ARS et aux instances pour

ce travail, mais déplorent qu'il ne soit à ce jour qu'un document papier auquel elles ne donnent pas vraiment sens. Selon elles, les filières sont mal identifiées (bien que présentes sur papier, mais non développées). Elles l'expliquent par la localisation du GHT, avec des établissements qui n'ont pas le même bassin de population, mais aussi des équipes médicales en conflit. Pour résumer, le PDSP a été élaboré, au titre d'un livrable attendu. Cependant, à ce jour il ne prend pas sens et n'est pas encore un outil fédérateur. De plus, aucun pilote n'a été nommé sur les thématiques, et aucun échéancier n'est établi. Elles reconnaissent qu'un retard a été pris depuis le retour de l'ARS et qu'aucun groupe de travail n'a été installé.

Enfin, nous remarquons que le PDSP le moins abouti est celui du GHT B, composé uniquement de deux établissements, de deux DS qui ont exprimé leur déception et leurs difficultés de ne pas avoir intégré dès le début, les groupes de travail en lien avec le PMP. Leur participation au CoStrat leur permettait d'avoir toutes les informations nécessaires, mais ils ne se sentaient pas réellement au cœur des réflexions stratégiques. De plus, leur représentativité au sein de cette instance centrale du GHT est déséquilibrée et leur parole peu entendue.

*« Je me sens en difficulté de faire un PDSP sans avoir le PMP » (DS 3)*

Pourtant, ils sont positionnés comme directeurs de filières et ont finalement obtenu l'intégration des professionnels soignants dans les groupes de travail filières ; chaque groupe est constitué d'un médecin, d'un cadre ou d'une IDE de la filière de chaque établissement. Les DS sont conscients du travail à accomplir maintenant en rendant opérationnels les grands axes stratégiques.

*« Il nous reste à travailler sur toutes les fiches actions. Et c'est ce qu'on va faire maintenant. » (DS 3)*

#### B) La promotion de la recherche en soin : le point commun à tous les PDSP

Nous avons repéré dans tous les projets, du plus abouti à celui qui l'est moins, que la thématique de recherche en soins est systématiquement abordée et développée. Même pour ceux qui ont été en difficulté, ce point saillant semble fédérateur. D'ailleurs, les DS interviewées entrevoient dans le GHT et l'effet taille qu'il représente, une opportunité de pouvoir recenser et rassembler les compétences dans les domaines de la recherche paramédicale, développer des formations communes GHT qui permettraient de créer une culture commune GHT.

La promotion de la recherche focalise l'attention de tous les DS, quel que soit leur niveau de maturité ou de maîtrise s'agissant de ce sujet. Conscients de la nécessité de cette orientation, tous l'ont inscrit dans leur PDSP. Le GHT offre une opportunité de développer



cet axe recherche attendu depuis de nombreuses années. La recherche en soins est reconnue pour être un levier d'attractivité et de fidélisation du personnel. Le GHT semble représenter le format idéal pour la développer, et d'autant plus pour les établissements de petite taille qui ne se sont pas autorisés à ce jour à la développer. Le GHT offre une « *force de frappe différente qui crée l'émulation*<sup>37</sup> ».

Sa déclinaison prend différentes formes. Certains ont organisé le recrutement d'un cadre de santé disposant d'un Master Recherche en Soins ; il aura pour mission le développement de programmes de recherche sur les établissements du GHT B.

D'autres ont mis en place un groupe de lecture scientifique (GHT C).

C) Le développement de pratiques professionnelles innovantes : un levier de coopération

➤ Pratiques avancées et éducation thérapeutique :

Développer les pratiques professionnelles innovantes est un levier de coopération dont les DS souhaitent se saisir pour donner sens au GHT. Pratiques avancées, coopérations entre professionnels de santé et éducation thérapeutique sont des thématiques systématiquement inscrites dans les PDSP étudiés. La nuance à apporter est qu'à ce jour la réflexion se situe à un niveau stratégique pour certains GHT.

Ainsi, une des volontés affichées est de développer la pratique avancée, avec plus particulièrement la formation des IPA<sup>38</sup> sur le GHT et ainsi créer un collectif. Rappelons que c'est un axe attendu tant du PMP que du PDSP.

*« Partage de pratiques, IPA, éducation thérapeutique...C'est ce qui peut nous réunir, ce qui fait sens pour chaque établissement et qui a intérêt à être mis en commun. »* (DS 8)

D'ailleurs, les GHT C et D ont répondu à des appels à candidatures concernant les pratiques avancées sur le GHT. C'est bien là « *la force du GHT, pour la mise en place de pratiques innovantes, difficiles à mettre en place sur un seul établissement*<sup>39</sup> ».

Le partage et le déploiement sur le GHT des programmes d'éducation thérapeutique sont des atouts majeurs pour répondre à une demande, mais aussi « *éviter de refaire un certain nombre de choses*<sup>40</sup> ». Cette pratique, maintenant développée sur bon nombre d'établissements, représente pour les DS un axe fédérateur.

*« On va plutôt sur ce qui rassemble [...] éducation thérapeutique, plaie et cicatrisation... »* (DS 1)

---

<sup>37</sup> DS 8 : PCSIRMT GHT D

<sup>38</sup> IPA : Infirmières de Pratiques Avancées

<sup>39</sup> DS 9

<sup>40</sup> DS 8

➤ Partage d'expériences et expérimentations...vers une harmonisation des pratiques :

*« L'objectif est de travailler sur des choses qui peuvent rassembler et servir tout le monde [...] le partage d'expériences, ou d'expérimentation pourrait servir d'exemple sur le GHT (comme la commission de séjours complexes et des séjours longs) » (DS 2)*

Le GHT D organise depuis plusieurs années, bien en amont des GHT une « *journée territoriale des soins* » à laquelle sont conviés les professionnels des établissements de santé du territoire. Les équipes viennent communiquer autour d'un projet qu'elles mènent, d'une pratique particulière, d'une organisation mise en place dans leur structure. A l'initiative des DS du territoire, maintenant réuni en GHT le modèle est maintenu. Cette journée est un succès et donne satisfaction tant aux organisateurs qu'aux soignants.

Un rassemblement de professionnels des établissements parties est envisagé dans les GHT, selon des modèles parfois différents. La majorité des DS ont saisi les groupes de travail pour initier ces partages, d'autres ont préféré organiser des séminaires de cadres de GHT. Les DS ont conscience de l'intérêt de ces échanges et de ce partage pour créer un collectif au service d'une identité GHT. Dès lors que les professionnels se connaissent, les coopérations sont envisageables. Il s'avère cependant, que nous ne sommes qu'au début de cette dynamique.

*« L'objectif dans un premier temps est d'échanger, faire un diagnostic des compétences... et envisager le partage d'expérience pour pouvoir harmoniser nos pratiques. » (DS 4)*

Même si l'harmonisation des pratiques n'est pas inscrite comme telle dans le PDSP, les discours des DS tendent vers cette finalité. Tous les domaines ne sont pas concernés par cette harmonisation, mais les DS d'un même GHT qui ont dans leur établissement des filières de prise en charge similaires demandent à ce qu'un socle commun de connaissances et de compétences soit posé.

Une des expérimentations qui a vocation à se développer sur le GHT D est celle de l'infirmière d'astreinte sur les EHPAD, avec une ouverture plus large sur le territoire, une convention étant passée avec vingt-deux EHPAD. Le GHT permet de déployer cette pratique innovante, déjà installée dans un des établissements parties à orientation gériatrique. Cette mesure correspond en tous points aux attentes du territoire et aux recommandations actuelles. L'ARS, partie prenante en assure en partie le financement.

## ➤ Vers l'émergence de nouvelles pratiques de coopération

Outre ce partage d'expériences formel, un autre modèle de partage informel s'est mis en place, à l'initiative des professionnels à l'instar de ces cadres

*« Travailler sur les filières a levé les craintes et les cadres sont maintenant dans l'échange. Les deux cadres de réa échangent sur leurs protocoles, leurs pratiques »*  
(DS 3)

Cet exemple illustre un niveau de coopération qui met en évidence une notion nouvelle, celle de la communauté de pratique. C'est d'ailleurs ce qui semble attendu dans le cadre du GHT : *« Le GHT présente une véritable opportunité pour fonder une communauté de pratique <sup>41</sup>»*.

Cette phrase témoigne d'une volonté politique à ce que les professionnels travaillent ensemble dans le cadre d'un GHT, partagent, mènent une réflexion sur leurs pratiques professionnelles. Nous y décelons une vision positive du GHT au-delà de la contrainte, avec une perspective engageante. Comment alors se définit une communauté de pratique ?

Ce concept a émergé dans les années quatre-vingt-dix. La communauté de pratique *«visait à réaliser des projets, comme à définir des modèles, pour rendre accessible et valoriser les savoir-faire des collaborateurs dans les organisations <sup>42</sup>»*.

L'auteure cite Wenger qui, en 2000, définit la communauté de pratique *« comme un groupe d'individus qui partage un intérêt, un ensemble de problèmes ou une passion pour un sujet et qui approfondit ses connaissances et son expertise dans ce domaine en interagissant de manière continue <sup>43</sup>»*. Notons que cette définition, proche de celle de la coopération, intègre la dimension des connaissances, du partage des connaissances et de l'expertise.

Intégrer une communauté de pratique sous-entend un engagement dans cette *« action collective »*. La communauté de pratique est donc constituée de professionnels volontaires pour coopérer ensemble ; ils sont fédérés autour de projets et d'intérêts communs. Le partage de connaissances, de ressources en est aussi des éléments fondateurs<sup>44</sup>.

Il est aisé de faire le parallèle avec les GHT et le cas de ces deux cadres de réanimation qui se retrouvent et partagent leurs protocoles. Les filières de prise en charge, comme ici la réanimation, sont semble-t-il, un vecteur performant de ce partage de connaissances.

---

<sup>41</sup> *« GHT – Idées clés pour le projet de soins partagé »*, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, p.4, 2016.

<sup>42</sup> HABJAB-RAVE S., Janvier-Février 2010, *« Le rôle des communautés de pratique dans le processus de gestion des connaissances dans les entreprises innovantes »*, La revue des Sciences de Gestion, n°241, p.45

<sup>43</sup> Ibid.

<sup>44</sup> *« Livre blanc communautés de pratiques »*. Consulté le 24 août 2018.

Certains DS projettent d'utiliser la CSIRMT de territoire comme une instance de partage sur les pratiques professionnelles communes à tous les établissements parties.

Cela suppose l'impulsion d'une dynamique de formation commune au GHT sur des thématiques choisies.

Enfin, un des points mis en avant concernant les pratiques professionnelles est celui de l'évaluation de pratiques professionnelles (EPP) communes sur le GHT. En effet, les EPP ont été citées à plusieurs reprises, sans toutefois avoir été développées à ce jour à l'échelle du GHT. L'horizon 2020 de la certification commune en permettra une formalisation. La méthode du patient traceur dans le cadre de la prise en charge d'un patient sur plusieurs établissements du GHT est celle qui est avancée en premier lieu et suscite un vif intérêt.

#### D) Intégrer la formation initiale dans les réflexions du PDSP

Deux DS des GHT les plus matures (C et D), avec en leur sein des instituts de formation d'infirmières mettent en évidence la nécessaire intégration de la formation initiale dans les groupes de travail des PDSP. Leur réflexion se situe à un niveau stratégique. Le développement des filières de prise en charge et des parcours de soins, l'adaptation des compétences paramédicales au regard des PMP et des orientations choisies, des nouvelles techniques de prise en charge implique une sensibilisation, voire une formation dès le début de formation infirmière. Préparer les futurs professionnels de santé à la prise en charge de territoire, faire en sorte qu'ils comprennent les finalités de la territorialisation et des GHT, sont une de leurs priorités. Intégrer les IFSI dans la construction des PDSP est un véritable enjeu car c'est « *eux qui nous apportent les compétences soignantes que l'on va intégrer dans le PDSP ; on construit les parcours de stage les modalités parcours et filières dès le dispositif de formation* <sup>45</sup> ».

#### E) Un travail sur les métiers en tension

La question des métiers en tension est un sujet préoccupant pour les DS notamment pour certains métiers, comme les masseurs - kinésithérapeutes. L'objectif affiché est de travailler ensemble sur les modalités de recrutement au sein d'un même GHT. Pouvoir proposer à ces professionnels si difficiles à recruter et à fidéliser un parcours qualifiant au sein des établissements du GHT. Ce qui implique des partages de postes qui sont encore difficiles à envisager aujourd'hui. L'autre difficulté rencontrée est celle de l'éloignement géographique ou en termes de temps de trajet d'un établissement à l'autre.

« *On nous a demandé de voir comment s'organiser pour des postes (de kiné) partagés. Mais je ne vois pas trop comment on pourrait envoyer un kiné à 50 kilomètres.* » (DS 6)

---

<sup>45</sup> DS 5

Les DS n'en sont pas encore à la déclinaison concrète de ce travail, même si des pistes de réflexion émergent. D'ailleurs, dans certaines régions, c'est l'ARS qui s'est aussi saisie de ce dossier, constatant les réelles difficultés de terrain.

### **Synthèse**

S'il est entendu que le PMP est la pierre angulaire du GHT, le PDSP en est sa traduction paramédicale. Les DS investis dans les différents travaux du PMP en ont vu un réel intérêt. A contrario, les DS non associés à ces travaux se sont trouvés en difficulté pour articuler avec cohérence de PSDP.

Les filières de soins sont le point d'ancrage des PDSP. Dès lors qu'elles sont clairement exposées, elles sont un levier pour donner sens au GHT, sens en termes de direction et sens en termes de compréhension.

Les GHT sont une opportunité selon les DS pour développer la recherche en soins, les pratiques innovantes, la pratique avancée, l'éducation thérapeutique. L'effet taille du GHT en est une explication souvent avancée, notamment pas les DS d'établissement de santé de petite taille. La coopération devient alors nécessaire, même si les enjeux diffèrent quelque peu, l'intérêt pour le patient reste une constante.

Le partage d'expériences, la communication entre pairs des expérimentations en cours sur un établissement de santé, voire leur déploiement à l'échelle du GHT est un point de départ à de nouvelles coopérations sur le territoire. Ces pratiques favorisent l'émergence de communautés de pratique.

Intégrer les instituts de formation dans les groupes de réflexion du PDSP apparaît à ce jour indispensable pour mettre en adéquation la formation au regard des besoins en santé du territoire et de la réponse à y apporter en termes de compétences soignantes.

Les métiers en tension sont une préoccupation prégnante des DS d'un GHT. Ils voient dans le GHT une possibilité de développer l'attractivité pour les professionnels concernés.

Nous pouvons à présent dire que notre hypothèse est confirmée. Les filières de soins, les pratiques professionnelles sont des leviers dont les DS peuvent se saisir pour donner sens au projet de territoire.

### 3.2.4 Synthèse générale

Reprenons notre question de départ : En quoi la coopération entre directeurs des soins des établissements parties d'un même GHT impacte le niveau d'aboutissement du projet de soins du territoire, dans le contexte contraint de la construction des GHT ?

Au regard de l'étude de terrain réalisée, il s'avère que la coopération entre DS est effective dans les cinq GHT étudiés. Nous percevons cependant des niveaux de coopération différents et ce pour diverses raisons, comme les connaissances antérieures, les conflits existants, la légitimité de l'établissement support, mais aussi celle du Président de CSIRMT de territoire.

En référence au concept de coopération de Laurent Cordonnier, nous pouvons dire que les situations de coopération dans lesquelles les DS se trouvent ne répondent pas seulement à des « *intérêts strictement identiques* », mais aussi à des « *intérêts mixtes* ». En effet, chaque établissement, chaque équipe a son histoire, répond à ses propres enjeux locaux, a ses propres craintes et voit dans le GHT des opportunités à construire parfois différentes. Si l'intérêt commun n'a pas été d'emblée visible, il s'est construit au fur et à mesure des rencontres, des échanges, des réunions, des confrontations de points de vue. C'est ainsi que les DS ont élaboré un PDSP qui permet maintenant de les guider dans leurs futures actions.

Mais au-delà de la coopération entre DS, ce qui est marquant c'est l'importance à leurs yeux de la coopération avec le corps médical pour réaliser un PDSP en parfaite articulation avec le PMP. Pour ceux qui étaient déjà dans cette dynamique, le PDSP répond parfaitement à ce critère de cohérence. Pour les autres, c'est un autre travail qui reste à accomplir pour un ancrage pertinent du PDSP au PMP.

Fort de ces enseignements, nous pouvons maintenant présenter des préconisations qui nous semblent pertinentes au vu du contexte actuel.

## 4 Préconisations

L'ensemble de notre analyse nous permet de déterminer, en qualité de directeur des soins prochainement en poste, des préconisations concernant la coopération des DS dans le cadre de la territorialisation et du GHT. Nous aborderons chacune des préconisations à un niveau stratégique et à un niveau opérationnel.

### 4.1 Optimiser son temps en intégrant le « *temps GHT* »

Nous l'avons vu précédemment, les acteurs de la construction des GHT ont tous été impactés par son caractère chronophage. Depuis le début de « *l'aventure GHT* » de nouvelles instances, des rencontres et réunions se sont ajoutées, surajoutées à des agendas déjà bien chargés. Si ce temps était nécessaire, il n'en demeure pas moins que tous, DS compris, ont dû adapter leur organisation et prioriser leurs actions en fonction des préoccupations du moment. La phase de démarrage terminée, le temps est venu de l'appropriation des projets et de leur mise en œuvre. Certains sont déjà dans cette démarche, d'autres semblent plus en retrait. Afin de répondre aux exigences, il semble maintenant plus que jamais nécessaire de gérer son temps en prenant en compte la dimension locale et territoriale des missions de DS.

Pour ce faire, une planification annuelle des réunions entre DS à l'instar des réunions d'encadrement dans un établissement permettrait d'anticiper et de lisser sur l'année ce temps dévolu au GHT. Si cela est possible et envisageable avec les directeurs, prévoir le calendrier des instances, ou du moins les semaines d'instances sur l'année. Cette anticipation faciliterait la prévision des CSIRMT locales et de GHT.

Les réunions en lien avec les PMP, voire le PMSP vont se poursuivre et seront nombreuses. La certification commune de 2020 nécessitera tout autant des rencontres fréquentes. Eu égard de ces temps incompressibles, le DS devra prioriser et évaluer la pertinence de sa présence en réunion. Une répartition des réunions et instances entre DS du GHT est une solution. Mais il semblerait aussi pertinent de solliciter davantage l'encadrement et les équipes soignantes pour participer aux réunions sur les filières de soins. Pour que la coordination soit optimale, un temps de reporting semble essentiel. Cet outil de remontée d'information permettra au DS d'avoir l'ensemble des éléments nécessaires à l'avancée des projets. Mais pour ce faire il faut avoir un outil partagé type plateforme collaborative et sanctuariser le temps dévolu à ce modèle. Le GHT rajoute de la complexité dans les organisations et l'objectif sera alors de faciliter la transmission des informations issues de sources différentes.

## **4.2 Développer la dynamique de coopération entre DS pour faciliter la coopération avec le corps médical, au service d'un PDSP en cohérence avec le PMP**

La coopération, nous l'avons vu ne se décrète pas, elle se construit. A l'instar des directeurs d'établissements et des médecins, les DS doivent voir dans cette coopération un intérêt commun pour s'y reconnaître et s'y engager. Une première étape est passée, celle de connaître l'autre et d'apprendre à travailler ensemble. Cette étape s'est concrétisée par la construction du PMP et PDSP. Elle laisse la place à une autre phase indispensable, celle qui consistera à faire vivre ces projets, leur donner sens dans un quotidien de travail.

Lors des entretiens, beaucoup des DS ont exprimé à la fois leur satisfaction d'avoir réalisé le travail demandé, et leur constat d'avoir du retard dans la mise en œuvre concrète. Le risque est que ces projets restent théoriques, sans réelle concrétisation pratique. Mais n'est-ce pas à nous DS de les faire vivre ?

Quand bien même le GHT représente encore une source d'inquiétude, voire d'incertitude pour certains, il offre la perspective d'ouvertures et de partages nécessaires à l'adaptation de l'offre de soins aux besoins en santé de la population. N'est-ce pas là l'enjeu majeur ? Fort de ce constat, il nous paraît pertinent d'œuvrer dans ce sens.

Pour ce faire, participer à la création d'un collectif DS de GHT semble important pour peser dans les discussions et les négociations, dans les orientations du PMP et son articulation du PDSP. Les DS d'un GHT ont pour mission de porter le PDSP afin de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients, de fédérer les équipes autour de ce projet. Jouer la carte de la cohésion pour appuyer leur voix, leur positionnement dans le GHT nous semble indispensable. Ainsi, clarifier les missions et rôles de chacun des DS au sein du GHT est essentiel. Quel est le rôle du PCSIRMT qui organise et conduit la commission de soins de territoire, des DS des établissements parties qui ne souhaitent pas perdre de leur autonomie ? Tout un chacun doit se reconnaître dans ces missions pour les mener à bien.

Ainsi, nous proposons plusieurs étapes pour répondre à cet enjeu.

- Favoriser et prévoir les temps de rencontre réguliers entre DS d'un GHT :
  - Pour discuter des projets qui les rassemblent au sein du GHT, mais aussi des projets intra-établissement. L'objectif sera de vérifier la cohérence des projets de l'établissement (en lien direct avec le projet de soins) avec ceux du GHT, et de repérer ceux qui auraient vocation à intégrer une dimension territoriale et GHT.



- Pour évoquer et traiter en amont des instances et réunions formelles les sujets de divergence, voire de discordes possibles.
- Pour établir une stratégie de communication dans les différentes instances du GHT et s'accorder sur les éléments de langage.
- Clarifier les missions de chacun des DS du GHT en élaborant ensemble une fiche de missions du DS président de CSIRMT GHT en interaction avec les autres DS et la proposer au DG de l'établissement support.
- Réaliser un rapport d'activité de la CSIRMT de territoire afin d'objectiver la place de cette instance dans le GHT et le rôle tenu par les DS.

#### **4.3 Assurer le suivi du PDSP en cohérence avec le PMP**

Le PDSP se trouve à l'interface des différents projets de GHT qu'il soit PMP avec les filières de soins, projet social avec le développement des compétences par la formation, projet qualité et sécurité des soins pour la certification commune, le SIH avec notamment le DPI. A ce titre, les DS s'emploient à faire le lien. L'articulation avec le PMP semble évidente. L'objet en est la déclinaison paramédicale d'un projet médical en termes :

- D'organisation des activités de soins intégrant des filières de prise en charge et des parcours,
- De développement de compétences des professionnels,
- De déploiement de pratiques innovantes comme les pratiques avancées en réponse à un besoin recensé.

Proposer au DG la création d'un groupe projet qui assure le lien entre comité stratégique et groupes de travail PMP- PDSP. L'objectif n'est pas de démultiplier les groupes de travail, mais plutôt de rendre lisibles les avancées des différents projets. Deux fois par an semble être un rythme pertinent, soit au premier trimestre de chaque année pour prioriser les actions et fixer des objectifs, et au dernier trimestre pour mesurer l'atteinte des objectifs. Une feuille de route d'un format identique pour chaque groupe de travail peut être un outil facilitateur de ce suivi.

Ce groupe pourrait être constitué d'un directeur, d'un DS pour le volet paramédical, d'un médecin présent au comité stratégique pour le volet médical. Le format des rencontres est prévu à l'avance et connu de tous. Le pilote du groupe, à l'aide de sa feuille de route vient faire part devant le groupe projet des avancées, difficultés éventuelles, et des perspectives d'évolution. Fort de ces éléments, le groupe projet fait une synthèse qu'il restitue lors de CoStrat.

#### 4.4 Proposer un PDSP intégré

La construction des PDSP partagée a pris ancrage sur deux outils que sont les PMP et les PDS des établissements parties. Certaines thématiques sont transversales, au cœur des préoccupations des DS et s'inscrivent à la fois dans le PDSP et dans le PDS établissement.

Un PDSP intégré, permettrait de travailler ces thématiques à un niveau du GHT et plus seulement au niveau de l'établissement. L'enjeu serait de développer une culture commune et d'harmoniser les pratiques au sein même du GHT. Nous proposons les étapes suivantes :

- Identifier les thématiques communes des PDS des établissements parties par l'analyse des PDS. Cette étape a été en général faite pour l'élaboration du PDSP.
- Décider de travailler ces thématiques dans une dimension GHT et plus uniquement établissement. Un consensus est nécessaire pour assurer une déclinaison cohérente.
- Organiser des groupes de travail territoriaux avec des représentants de tous les établissements parties du GHT.

L'arrivée à terme des PDS locaux sera l'occasion pour les DS de se questionner sur la pertinence de s'engager dans une nouvelle élaboration ou de s'orienter vers un PDS intégrant le PDSP. En effet, le PDS local doit à présent s'articuler en cohérence avec le projet médical d'établissement et le PDSP. Nous sommes actuellement dans une phase transitoire où des projets médicaux et projets de soins d'établissement sont en cours de déploiement et le PMP et PDSP vont être mis en œuvre. Le risque avec cette multiplication de projets est de voir les professionnels inscrits dans ces dynamiques s'épuiser, d'autant plus si cette complexité ne fait pas sens pour eux.

Concernant le volet paramédical qui nous intéresse, la proposition de simplification consiste en l'abandon du format PDS local au profit du PDSP intégrant un volet GHT et un volet établissement.

Les objectifs poursuivis seront pluriels :

- Développer une culture commune GHT,
- Afficher une réelle vision territoriale de la prise en soins,
- Harmoniser les pratiques professionnelles,
- Concentrer les efforts des DS et des professionnels soignants impliqués dans les groupes de travail sans démultiplier les temps de réunion.

Œuvrer dans ce sens permettrait de gagner en cohérence dans un contexte de territorialisation que les équipes soignantes n'ont pas encore mesurée.

## 4.5 Favoriser le partage de pratiques professionnelles

### 4.5.1 La CSIRMT comme lieu de partage de pratiques professionnelles

Le GHT fournit un terrain propice au partage des pratiques professionnelles. Les travaux sur les filières de prise en charge en sont une des premières expressions, mais d'autres moyens sont envisageables, comme la CSIRMT GHT nouvellement mise en place. Cette instance, représentative de tous les établissements parties, peut être investie comme une instance de partage de pratiques, ce qui lui donnerait une dimension autre, et permettrait de lui donner une meilleure lisibilité.

Nous proposons que cette instance soit un lieu dans lequel les équipes soignantes de chaque établissement puissent communiquer sur une pratique professionnelle spécifique. Cela suppose en amont que les DS du GHT aient identifié les thématiques fédératrices, susceptibles d'intéresser le plus grand nombre et qu'ils aient sollicité l'encadrement et les équipes.

L'objectif serait de valoriser les pratiques de chacun, de les faire connaître et que tous puissent aussi mener une réflexion sur leurs propres pratiques.

Les thématiques devront être en lien avec les axes du PDSP en cours sur le GHT. Nous envisageons plusieurs pistes concernant ce partage :

- Protocoles de soins (prise en charge non médicamenteuse de la douleur, organisation dans le cadre de l'accompagnement de la fin de vie,)
- Les expérimentations sur les pratiques avancées,
- Les pratiques de soins et l'organisation des soins,
- Les thématiques concernant les nouveaux métiers : expérimentation des infirmières coordinatrices de parcours, IPA,
- Les protocoles de coopération entre professionnels de santé (par exemple les échographies réalisées par les manipulateurs en radiologie, les prescriptions de radiologie des extrémités par les infirmières d'accueil et d'orientation...)
- La recherche en soins (pour les établissements qui ne sont pas encore dans cette dynamique, se rapprocher du CHU de rattachement pour que leurs professionnels paramédicaux communiquent leur expérience),
- L'encadrement des stagiaires,
- Le tutorat des nouveaux arrivants,
- ...

Une des missions des DS et pas uniquement du DS PCSIRMT de GHT est de faire connaître et reconnaître cette instance en construction. Un des leviers serait d'y intégrer par invitation d'autres acteurs du territoire, à savoir les professionnels libéraux (infirmiers,

kinésithérapeutes). Cela favoriserait un décloisonnement ville-hôpital pertinent dans la cadre des filières de prise en charge et des parcours de soins.

Enfin, intégrer les usagers dans cette instance est aussi une réflexion à mener à plusieurs titres. Utilisateurs en premier lieu de l'offre de soins du territoire, ils peuvent être force de proposition sur les thématiques abordées, en faisant part de leurs attentes.

#### **4.5.2 Initier et développer des formations communes des professionnels de santé du GHT**

Afin de s'adapter aux évolutions et aux orientations données par le PMP et le PDSP, des formations sont nécessaires, voire indispensables. La proposition ici est de favoriser les formations communes avec une thématique réunissant l'ensemble des établissements parties du GHT et en lien avec le PDSP. Les formations sont en général un bon vecteur de communication et d'échange. Déjà au sein d'un établissement les formations en intra permettent de fédérer les équipes et d'avoir un socle commun de connaissances indispensable à la construction d'une identité commune. Proposer des formations à des équipes mixtes, à savoir des établissements parties du GHT, actionne le même levier de culture commune. L'étude des PDSP des GHT enquêtés a permis de mettre en exergue des thématiques et des préoccupations communes. Les besoins en formation qui sont identifiés comme étant communs à tous les établissements parties des GHT sont nombreux et peuvent servir de point de départ :

- Les formations sur les pratiques de soins :
  - Prise en charge palliative et fin de vie,
  - Prise en charge non médicamenteuse de la douleur,
  - Tutorat des étudiants infirmiers, aides-soignants...
- Les formations dédiées à l'encadrement
  - GHT et enjeux du GHT
  - Qualité de vie au travail et risques psycho-sociaux
- Les formations diplômantes (l'objectif étant de créer un collectif au regard d'une mission donnée sur le territoire) :
  - Diplôme Universitaire « douleur »,
  - Diplôme Universitaire « plaie et cicatrisation »
  - Diplôme Universitaire en éducation thérapeutique
  - Master Infirmière de pratiques avancées

Ces propositions de formations communes ne sont que des exemples et leur pertinence et priorité dans un GHT méritent d'être questionnées. Ce travail nécessitera en outre d'être en accord avec le DRH en charge de la formation continue de chaque établissement.

#### **4.5.3 Mettre en place un « séminaire d'encadrement » et une « journée d'étude paramédicale de GHT »**

Le séminaire cadres paramédicaux de GHT représente un vecteur de communication et un outil fédérateur pour les DS. L'objectif principal est de faire en sorte que les cadres des établissements parties du GHT se rencontrent et travaillent ensemble sur des thématiques ou problématiques communes, en lien avec les pratiques managériales, les filières de soins, le développement de compétences des professionnels de santé....

La « journée d'étude paramédicale de GHT », à destination des professionnels soignants de tous les établissements parties, représente un format possible de temps de partages et de formations. Les thématiques seraient proposées par la CSIRMT GHT, les DS voire les professionnels eux-mêmes. Cette journée permettrait la communication entre les équipes paramédicales des établissements parties. L'objectif est d'impulser une dynamique de partage d'expériences, de connaissances et faire connaître et reconnaître les actions menées par les équipes soignantes des différents sites. La participation à cette journée serait assimilée à de la formation continue.

Les DS en charge de l'organisation de cet événement, proposeraient et recenseraient auprès des équipes d'encadrement les thématiques, établiraient un ordre du jour, planifieraient une date annuelle, et communiqueraient auprès des instances et des équipes la création de cet événement.

Mais nous pouvons aller au-delà, et proposer d'ouvrir ces journées aux professionnels paramédicaux libéraux du territoire (infirmières, kinésithérapeutes...), selon les thèmes abordés. Cette ouverture sur le territoire et hors des murs de l'hôpital et du GHT est aujourd'hui indispensable et prometteuse de nouvelles perspectives.

Notons enfin que ces temps d'échanges sont le terreau nécessaire et un point de départ pour la création de communautés de pratique à l'échelle du territoire.

#### **4.6 Proposer des organisations innovantes**

Enfin, pour certains projets GHT en lien avec le PDSP, nous relevons la pertinence d'avoir des postes partagés de cadres ou de soignants à l'instar de ce qui est proposé pour les praticiens hospitaliers. En effet, certains secteurs se prêtent à ce montage, comme les blocs opératoires, la biologie, l'imagerie, la recherche paramédicale.... A ce jour, l'aspect statutaire pose question concernant les professionnels paramédicaux, qui ne peuvent cumuler deux emplois simultanés. Lors de son intervention au Congrès AFDS 2018 à Toulouse, Brigitte Scherb, Directrice des Soins chargée de missions à la DGOS précise

qu'une réforme statutaire est en cours de réflexion pour ouvrir l'exercice à temps non complet aux professionnels paramédicaux, à l'horizon 2022.

Enfin, selon la taille des établissements et des GHT, nous sommes convaincus que ces postes partagés sont une opportunité sur le territoire. Nous citerons pour illustration, le cadre de santé chargé de la recherche en soins du territoire, thématique récurrente de tous les PDSP étudiés. Ce cadre aurait comme mission de former les équipes du GHT à la recherche paramédicale, de recenser les propositions émanant des équipes, d'accompagner les équipes dans leur projet de recherche, de développer des programmes de formation en lien avec la recherche paramédicale.



## Conclusion

Les GHT n'en sont qu'au début de leur histoire. Ce nouveau mode d'organisation a suscité beaucoup de craintes de la part des professionnels de santé. La contrainte de la réorganisation de l'offre de soins au niveau territorial a permis l'impulsion d'une réflexion commune plus ou moins élaborée et mène inexorablement vers un décloisonnement nécessaire sur le territoire. L'hôpital public a semble-t-il compris l'intérêt de coopérer pour adapter au mieux les réponses apportées aux besoins en santé de la population, mais des efforts restent encore à fournir pour davantage d'efficacité, de fluidité et de lisibilité dans les organisations.

Dans ce cadre-là, les directeurs des soins sont parties prenantes de ces changements profonds. Nous nous sommes questionnées sur les mécanismes de coopération entre DS, dans ce contexte contraint, complexe et parfois compliqué des GHT. Si tous ont atteint l'objectif d'élaborer un PDSP qui prend sens, tous n'ont pas suivi les mêmes chemins. Le prochain défi sera pour eux de faire vivre le PDSP et de permettre à tous professionnels paramédicaux de s'en approprier la finalité. Le GHT leur offre ainsi l'opportunité de mutualiser leurs actions et d'impulser au niveau territorial un questionnement, une réflexion et un partage sur les pratiques professionnelles au service des patients. Enfin, gageons que les DS se saisiront de la dimension GHT pour proposer des organisations innovantes au service des usagers et des professionnels.

Leur coopération devra se poursuivre au-delà du PDSP et du PMP, notamment en regard de la prochaine échéance de la certification commune prévue dans la LMSS. En effet, les DS grandement impliqués dans la définition et la mise en œuvre de la politique de qualité et de sécurité des soins, se préparent dès à présent à relever un nouveau défi, celui de la certification commune de 2020.



---

## Bibliographie

---

### **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoires.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Instruction n° DGOS/GHT/2017/310 du 6 novembre 2017 relative à l'appel à projets pour la mise en œuvre des projets médico-soignants partagés des groupements hospitaliers de territoire

CODE DE SANTE PUBLIQUE. Art. 107 de la loi, art. L. 6132-1, L. 6132-2, L. 6132-5 et L. 6132-7

### **OUVRAGES**

GALLET Bruno, 2017, *Les coopérations en santé*, Fondamentaux, Presses EHESP, 203 p.

VIGNERON Emmanuel, 2017, *L'hôpital et le territoire : de la coordination aux GHT, une histoire pour le temps présent*, SPH Editions, 295 p.

NICOLAS Guylaine, VIOUJAS Vincent, 2017, *La modernisation du système de santé : un an après l'application de la loi du 26 janvier 2016*, LEH Editions, 266 p.

CORDONNIER Laurent, 1997, *Coopération et réciprocité*, Presses Universitaires de France, 220 p.

### **RAPPORTS ET GUIDES**

HUBERT J., MARTINEAU F, Mai 2015, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport Intermédiaire*.

HAUT CONSEIL DE SANTE PUBLIC, Mars 2017, *Rapport : Groupements Hospitaliers de Territoire et Santé Publique*.

FEDERATION HOSPITALIERE DE France, 2017, *Atlas des Groupement hospitaliers de territoire 2017*.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 2016, *Vade-mecum – Groupement Hospitalier de Territoire : Mode d'emploi*.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 2016, *GHT – Idées clés pour le projet de soins partagé*.

## **REVUES**

IMBERT G., Mars 2010, L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, *Recherche en Soins Infirmiers*, n°102, p. 25.

HABJAB-RAVE S., Janvier-Février 2010, Le rôle des communautés de pratique dans le processus de gestion des connaissances dans les entreprises innovantes, *La revue des Sciences de Gestion*, n°241, p.45.

DUBREUIL B., Juin 2016, Qu'est-ce que coopérer ?, *Sciences Humaines*, n°282, pp. 36-37.

MANGEONJEAN F., Septembre 2016, Le GHT, une coordination nécessaire, un avenir à construire ensemble, *Soins Cadres*, n°99, p. 15.

DURAND V, MINVIELLE E, ROLAND O, Décembre 2017, Un an après, les facteurs de réussite des GHT, *Gestions Hospitalières*, n°571, pp. 638-645.

MISPELBLOM BEYER F, Septembre 2016, Les défis de la coopération, *Soins Cadres*, n°99, p. 21.

PINEY D., GODEAU T., Mars-Avril 2016, Constitution des GHT, Réalités de terrain et attentes des présidents de CME des centres hospitaliers, *Revue Hospitalière de France*, n°569, pp. 62-65.

NORDMANN J.P., Février 2016, GHT : évolution ou révolution ?, *Finances Hospitalières*, pp. 7-11.

CHAPUIS C., VIELFAURE-CHAPUIS M., Août 2017, GHT, de la collection d'individus au groupe solidaire. Un pari gagnant/gagnant pour l'hôpital, *Gestions Hospitalières*, n°568, pp. 406-408.

LE GOFF POURIAS M.A., Décembre 2015, Communautés de pratique : Au-delà de la diffusion des connaissances, *Revue Hospitalière de France*, n°567, pp. 32-37.

## **RESSOURCES INTERNET**

Dictionnaire de français LAROUSSE. [Consulté le 20 mai 2018]. Disponible sur Internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

« *Politique de santé - 109 projets médicaux partagés de GHT ont été transmis aux ARS* ». [Consulté le 20 Juin 2018]. Disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170913-politique-de-sante-109-projets-medicaux-partages-de>

« *GHT : état d'avancement des PMP – PSP - Septembre 2017* ». [Consulté le 15 avril 2018]. Disponible sur Internet : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_gh\\_t\\_etat\\_avancement\\_pmp\\_psp\\_0917.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_gh_t_etat_avancement_pmp_psp_0917.pdf)

« *GHT – Coopération – Projet médical partagé* ». [Consulté le 25 mai 2018]. Disponible sur Internet : [https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/2017-GHT\\_flyer.pdf](https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/2017-GHT_flyer.pdf)

« *Livre blanc communautés de pratiques* ». [Consulté le 24 août 2018]. Disponible sur Internet : <https://fr.slideshare.net/galliabet/livre-blanc-communauts-de-pratiques>.

## **AUTRES**

T. BRUGEAT, S. BOUSSEMAERE, S. LAVOISEY, « *Retour d'expérience dans la mise en œuvre des GHT* », Table Ronde du 4 avril 2018, EHESP.



---

## Liste des annexes

---

Annexe I : Guide d'entretien DS

Annexe II : Grille d'analyse des entretiens semi-directifs

Annexe III : Grille d'analyse des PDSP ou PMSP

## A) Annexe I – Guide d'entretien

Bonjour,

Je suis élève directrice des soins en formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire professionnel dont la thématique porte sur la coopération des DS d'un GHT au service du projet médico-soignant partagé, voire du projet médico-soignant partagé.

Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien, qui sera mené dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat. L'enregistrement de nos échanges me permettra d'en faire une exploitation à postériori.

### TRAJECTOIRE PROFESSIONNELLE

- Pour commencer, pourriez-vous présenter votre parcours professionnel ?
  - Année diplôme
  - Ancienneté DS
  - Ancienneté poste
  - PCSIRMT GHT ou non

### GHT ET GOUVERNANCE

- Pourriez-vous m'expliquer comment le GHT s'est mis en place ?
  - Existence ou non de coopérations avant le GHT (CHT, GCS ...)
  - Envie de travailler ensemble (de la part des directeurs, des médecins et des CS)
  - Injonction ARS
  - Enjeu de territoire
- Quel a été votre rôle, vos missions dans le cadre de la création des GHT ?
  - Convention constitutive
  - CSIRMT locale et de territoire
  - Représentativité de tous les établissements en instance
  - COSTRAT
  - Rencontre avec les médecins / filières de prise en charge (PMSP ou PMP + PDSP)

### RELATIONS PROFESSIONNELLES ET MODE DE COOPERATION DS

- Comment se sont construit vos relations professionnelles ou votre mode de coopération avec vos collègues DS ?
  - Connaissance antérieure
  - Antériorité de travail en coopération (projets menés en communs, ARS, ...)
  - Temps
  - Confiance
- Quels outils de coopération avez-vous mis en place ?
  - Plateformes spécifique GHT
  - Réunions régulières ?
  - Entretiens téléphoniques ?
  - Visioconférence
  - ...

- Quelles ont été selon vous les facteurs de réussite ?
  - Avoir déjà travaillé ensemble
  - Confiance mutuelle
  - Pas de rivalité entre DS PCSIRMT et autre
  - Légitimité de l'établissement support
  - Engagement de tous
  - Partage de valeurs communes
  - Partages d'expériences
  - ...
- Quelles ont été ou quelles sont les difficultés rencontrées ?
  - Temps restreint
  - Eloignement des structures
  - Télescopage entre échéances internes (V2014) et externes (GHT)
  - Méésentente entre directeurs
  - Méésentente entre médecins
  - Méésentente entre DS
  - Divergence de valeurs
  - Manque de concertation

### PMSP ou PMP + PDSP

- En quoi le PMSP vous satisfait ou non ?
  - Répond aux besoins de la population et de chaque structure
  - Clarification des parcours de PEC
  - Possibilité de travailler avec d'autres professionnels sur des thématiques communes
- Comment avez-vous impliqué les équipes soignantes dans la conception du PMSP ?
  - Via la CSIRMT L ou GHT
  - Réunions cadres
  - Groupe de travail par filière
  - Information journal interne
  - Communication via outil informatique
  - Appels à candidatures
  - ...
- A un an maintenant du dépôt du PMSP à l'ARS et à sa validation où en êtes-vous ?
- En quoi le GHT impacte ou va impacter votre positionnement ?
  - Mission sur le territoire
  - Travail avec des acteurs différents : les libéraux
  - Rôle de traducteur et d'accompagnement de l'encadrement
- Quelle perspective selon vous ?
  - Fusion ou direction commune
  - Certification commune
  - Groupe de travail
  - ...
- Y-a-t'il des choses que nous n'avons pas abordées et qui vous semblent important ?





B) Annexe II – Grille d'analyse des entretiens

**Hypothèse 1** : Les DS d'un même GHT ont des perceptions différentes de la dynamique de coopération selon leur positionnement au sein du GHT : président de la CSIRMT de territoire ou non.

GHT	DS	Verbatim
GHT A	DS 1	<p><b>Apprendre à se connaître</b></p> <p>« Il fallait apprendre à se connaître, apprendre à travailler ensemble »</p> <p>« Il fallait qu'on apprenne à travailler ensemble, mais c'était difficile, c'était douloureux parfois »</p> <p>Aucune coopération auparavant</p> <p><b>Dynamique de projet</b></p> <p>« On est quand même dans une dynamique de projet, on a envie que ça avance »</p> <p><b>Loyauté</b></p> <p>« Les directeurs ne s'entendaient pas très bien, donc c'était un peu compliqué, et on a quand même une loyauté à avoir. Pour ma part, j'avais cette loyauté envers mon directeur et donc parfois ... pour prendre la parole... on n'a pas envie de desservir son directeur »</p> <p><b>Freins à la coopération</b></p> <p><b>Contexte conflictuel</b> car mésentente entre directeurs et entre médecins « Nos directeurs ne s'entendaient pas très bien donc c'était compliqué »</p> <p><b>Légitimité</b> : Relations entre DS tendues « J'ai senti que ma collègue aurait voulu être présidente CSIRMT de territoire »</p> <p>« Elle ne supportait pas que ce soit moi »</p> <p>« on voyait bien qu'elle voulait prendre le pouvoir, mais en même temps c'était moi qui devait prendre les décisions » Difficulté de prendre les décisions à trois</p> <p><b>Absence de lettre de missions</b> « je n'avais pas non plus de lettre de mission ou de fiche de poste de PCSIRMT GHT »</p> <p><b>Charge de travail</b> : « GHT, GHT, GHT...mais ici il faut que ça tourne quand même, donc c'était pour moi. D'ailleurs le DG me disait bon le GHT on verra après, la priorité c'est ici »</p>

	<p><b>Trouver une équité et un consensus</b> « essayer d'avoir un mode fonctionnement équitable » « Représentativité au niveau de la gouvernance des trois établissements : Directeur de l'établissement support, le Président du collège médical était du CH le plus petit et moi je suis la Présidente de la CSIRMT GHT »</p> <p><b>Méthodologie</b> : « Mais on a eu du mal à avoir l'aide d'un consultant. Moi je le défendais beaucoup...au bout d'un moment elles l'ont défendu...Finalement on l'a eu tardivement » « j'ai vu le consultant seule pour aller plus vite » « on a obtenu une subvention » « je lui ai dit bon, on a établi des pistes, vous allez nous aider à rédiger. La consultante a pris toutes nos réflexions et a formalisé, comme ça ça a été très positif, et ça nous a fédéré, ça nous a vraiment fédéré, ça a été un plus »</p> <p>La persévérance...Donner du sens</p> <p><b>Moyens de communication</b> : conférences téléphoniques « mais ce n'est pas la même chose, je trouve qu'humainement ça n'est pas satisfaisant » « La plateforme collaborative, ça a été aidant »</p>
DS 2	<p><b>Légitimité de la PCSIRMT</b></p> <p>Désignation de la PCSIRMT : pas de volonté de sa part d'être PCSIRMT et « c'était clair par rapport au portage, il avait été décidé au-delà des noms que le P collège médical de GHT serait sur le CH de M., que la PCSIRMT GHT serait sur le CH AL. et le directeur de MT. sur l'établissement support ». « Donc les présidences étaient actées au-delà des noms, comme ça on n'allait pas se battre les unes et les autres ».</p> <p>Mais la DS de MT. brigait ce poste.</p> <p><b>Apprendre à se connaître</b></p> <p>Les DG « nous ont réunis et confié des missions par catégorie de directeur...Nous le groupe DS nous devons travailler sur le projet de soins partagé et la qualité et gestion des risques ».</p> <p>« On a commencé à faire un état des lieux, apprendre à se connaître »</p> <p>« On a commencé avec la commission de soins et le règlement intérieur de la commission de soins, voilà ce qu'on a mis en place dans un premier temps ».</p> <p>« Il y avait des conflits qui commençaient à naître par rapport aux modalités d'organisation, au projet de soins »</p> <p>« Moi j'avais un projet de soins construit depuis 2015, MT. avait un plan de PDS et AL. n'en avait pas ». Des orientations de PDS similaires avec MT, mais la PCSIRMT « pinaillait » sur la forme.</p>

### **Aide méthodologique**

Demande d'avoir un consultant pour aider à formaliser et réunir tout le monde.

« C'est normal, quand on fait un projet à trois c'est plus difficile que quand on le fait seul. C'est aussi la richesse de travailler à trois avec des expériences différentes »

« Il a été validé sur les instances du GHT et de chaque établissement »

« La consultante a vraiment été aidante. Elle nous a boostée, elle nous a obligé à travailler ensemble toutes les trois. Parce que à chaque fois on avait une bonne raison de ne pas venir aux réunions. L'échéance plus le consultant on n'avait pas d'alternative ; il fallait le faire ».

### **Valeurs communes**

« On se retrouvait sur les valeurs »

Accueil très positif du PDSP dans les différentes instances.

« La volonté de montrer qu'on pouvait compter sur les DS pour le PDSP. C'est notre amour propre en tant que DS, Se faire reconnaître »

### **Coopération médecins /PMP**

Aucune coopération auparavant

Mais des conventions existantes entre établissements (stérilisation, chirurgie pédiatrique)

« On a demandé aux médecins de participer à chaque réunion des groupes de travail pour le PMP. On leur avait demandé d'avoir un représentant soignant de chaque établissement dans chaque groupe. ... Pour certains groupes ça s'est bien passé, dans d'autres ils ont refusé et d'autres il ont dit un seul soignant par groupe »

« A chaque collège médical il y a une DS présente et à chaque fois n prend les informations, on a un fichier partagé où est mis le PMP et on prend les fiches et on les développe à notre niveau ».

### **Outils de communication**

« On a une plate-forme » / Lettre de GHT / Journal interne

### **PDSP**

« Pour l'instant ce n'est qu'un document écrit. Mais maintenant la question est de savoir comment on va pouvoir travailler, comment on va pouvoir avancer ».

« Et puis quid des projets d'établissements, des projets de soins. Comment on les raccroche au PDSP, comment on fait le lien ? »

<b>GHT B</b>	<b>DS 3</b>	<p><b>Travailler ensemble – Coopération</b></p> <p>Aucun partenariat auparavant car le bassin de population est différent. « On ne travaille pas ensemble, par contre on travaille beaucoup avec le CHU à 500m de chez nous »</p> <p>« Dans l'établissement nous avons 9 services universitaires, donc on travaille étroitement avec le CHU » (qui ne fait pas partie du GHT)</p> <p>« Donc il a fallu reconstruire le PMP avec le CH du GHT ». « Ça a été plutôt difficile pour la communauté médicale puisque plutôt universitaire n'ayant pas envie de travailler avec le CH partie du GHT »</p> <p>La proposition a été faite aux 2 PCME de faire un PMSP, mais la réponse a été un refus catégorique, davantage liée à des difficultés pour les communautés médicales de travailler ensemble.</p> <p>Avec le collègue DS « nos relations sont très cordiales, on travaille ensemble. Tout ce qui est du PDSP on le travaille sur la commission de soins du GHT »</p> <p>« On est coordo tous les deux...Bon maintenant on va parler de mutualisation de la direction des soins (par rapport aux cadres et moi je suis plutôt en position de coordo et lui de DS » « la problématique est de perdre le statut de coordonnateur »</p> <p>« J'ai demandé à ce qu'on associe aux groupes de travail par filière des soignants pour que finalement on puisse élaborer le PDSP et bien l'articuler avec le PMP »</p> <p>Les DS étaient positionnées comme directeurs de filière</p> <p><b>Représentativité</b></p> <p>Dans les groupes de travail il y avait soit un cadre, un cadre sup, une infirmière en fonction des sujets, mais toujours des représentants paramédicaux des deux établissements.</p> <p><b>Connaissance</b></p> <p>« On a commencé à apprendre à se connaître » / « Finalement on partage »</p>
	<b>DS 4</b>	<p><b>Coopération</b></p> <p>« Il n'y avait aucune coopération auparavant »</p> <p>« On avait des cultures différentes et les médecins avaient du mal à travailler ensemble »</p>

		<p><b>Connaissance</b></p> <p>« On se connaissait avec (la DS 3). On avait purement des liens corporatistes. Donc, bien avant le GHT je l'avais rencontrée dans un entretien de bonnes relations »</p> <p>« On a souvent les mêmes orientations stratégiques dans le projet de soins »</p> <p>« On parle le même langage entre DS »</p> <p><b>La méthodologie</b> pour élaborer le PDSP a été de « regarder les PDS respectifs, leurs orientations » et parallèlement d'assister à une conférence de l'ARS « pour avoir les orientations du PRS ».</p>
<b>GHT C</b>	<b>DS 5</b>	<p><b>Travailler ensemble – coopération</b></p> <p>Le GHT était préfigurateur de la région Ile de France « avec un PMP avant même que la loi ne l'impose »</p> <p>« C'est plutôt les filières qui ont été développées, plutôt que les parcours ... mais on a de grandes filières sur l'ensemble des thématiques qui drainait l'ensemble du territoire comme la réanimation, la filière gériatrique, les soins critiques, la filière oncologie »</p> <p>« On est en direction commune pour deux établissements et bientôt trois...donc on a des instances communes et on se voit régulièrement ».</p> <p><b>Représentativité</b></p> <p>« Il y a un DS sur chaque établissement MCO et des CSS sur les EHPAD autonomes. Ils ont été totalement intégrés dans l'écriture du PDSP »</p> <p>« Moi je ne fais pas du tout de PDSP sans le PMP » « Très probablement on va arrivera un PMSP parce qu'il y a une belle articulation entre le président de la commission médicale de territoire et moi présidente de la CSIRMT de territoire »</p> <p>Le PDSP a été coconstruit entre les DS de territoire dans le cadre du « bureau de la commission de soins de territoire, composé de ms collègues DS des établissements MCO et des CSS des deux EHPAD autonomes et de la DS en charge des instituts de formation sur le GHT ... On s'est réuni, on a repris les trois grandes orientations et on les a affinées au regard du nouveau PRS... On l'a validé aux instances (CSMIRT, COSTRAT, CODIR de GHT...) » On se voit à toutes les instances de GHT et tous les 2 ou 3 mois on fait le point ensemble sur site ou téléphonique. On se met au clair avec nos orientations et on fait en sorte que chaque projet qui a un impact sur le GHT soit discuté à minima ente nous »</p> <p>« Un des facteurs de réussite a été « l'humain...entre les DS, la compréhension des craintes et des forces de chacun, donner la possibilité à chacun d'exister, éviter la centralisation, et permettre à tous en local de déployer un des axes du PDSP et de donner du sens.</p>

	<p><b>Moyens de communication</b></p> <p>« Toutes les instances sont investies par la PCME GHT et moi-même à chaque fois qu'on fait des points d'étape d'où en est le PMP et PDSP en toute transparence »</p> <p>« Je pense qu'on raisonne différemment sur le territoire...J'ai abandonné l'idée d'avoir une réflexion centro-centrée sur mon établissement. Et chaque projet que je mène est potentiellement étendu sur le GHT en tout cas ma réflexion ne peut s'empêcher de penser GHT »</p>
DS 6	<p><b>Répartition des missions</b></p> <p>« On s'est réparti les rôles par rapport à nos spécialités et compétences. Donc on est référent par rapport à des groupes de travail par rapport à ces quatre thématiques : la personne âgée, le MCO, la psy, la recherche en soins ».</p> <p>« On est tous présents dans les instances de gouvernance ... On est convié. »</p> <p><b>Confiance</b></p> <p>« Je crois qu'il y a une certaine confiance... et on voulait évoluer et une certaine appétence pour le GHT. »</p> <p>« On s'entend plutôt bien »</p> <p>« On se voit une fois par mois. On communique par mail »</p> <p>« On essaie de centraliser et de faire les réunions dans l'établissement qui est à mi-distance de tous les CH. »</p> <p><b>Travailler ensemble – coopération</b></p> <p>« On travaillait ensemble au moment des gardes de weekend...pour la recherche de lits. »</p> <p>« On (les DS du HT) est tous passé par le CH (établissement support), donc on se connaissait »</p> <p>« Le PDSP répond aux besoins de la population. Et dans chaque établissement on a revu nos projets au regard de cette structuration pour éviter les doublons »</p>
DS 7	<p><b>Travailler ensemble – coopération</b></p> <p>« Il y avait des tensions entre équipes médicales »</p> <p>Discours plutôt négatif sur la coopération entre DS</p>

		<p><b>Reconnaissance</b></p> <p>« La reconnaissance était soit par soi et les collègues (DS), par les usagers, par les autorités de tutelle ».</p> <p>« Dans le cadre du GHT ce qui me semble important c'est la reconnaissance et le respect mutuel...l'esprit collectif. »</p> <p>« Je pense avoir eu toutes les informations en faisant partie du COSTRAT ».</p> <p><b>Aide méthodologique</b></p> <p>« Nous avons eu l'aide d'un cabinet extérieur » pour l'écriture du PDSP</p> <p>« Quand on est MCO on parle le même langage, mais quand on est psy parfois c'est différent »</p> <p>« C'est toujours donner du sens et ne pas se centrer sur les individualités, mais se fonder plutôt sur la parcours patient ».</p> <p>« Je pense que chacun doit trouver sa place ».</p> <p>« Je pense qu'il faut qu'il y ait une coordination. Je pense qu'il faut qu'il y ait un DS par site, ça c'est important. Un faisant fonction ce n'est pas possible...</p> <p><b>Lien ARS, Légitimité PCSIRMT</b></p> <p>« Je trouve regrettable que les conseillères ARS n'invitent pour les réflexions que les PCSIRMT GH, ça manque d'ouverture » « Pour moi, elles n'ont pas la légitimité à représenter l'ensemble... Pour moi, il faut que tous les DS participent aux réunions ARS. »</p> <p>« La PCSIRMT n'est pas l'animatrice des DS de GHT. Il n'y a pas de lien hiérarchique ».</p> <p><b>Autonomie</b></p> <p>« Vous avez compris que j'aime être autonome et indépendante »</p> <p>Une réflexion est à mener sur le fait que « l'établissement support ait toutes les têtes de pont. Est-ce que la PCSIRMT doit systématiquement être de l'établissement support...il pourrait y avoir un tour de rôle...il y a quelque chose de plus démocratique. »</p>
<b>GHT D</b>	<b>DS 8</b>	<p><b>Accompagnement méthodologique</b></p> <p>« « Pouvoir créer une synergie et créer un projet commun...se faire accompagner pour réaliser le PMP et PDSP</p> <p>Méthode SWOT</p> <p>Importance du Groupe projet (Directeurs, DS, PCME), émanation du COSTRAT, qui a en charge le suivi de l'avancée des travaux des groupes créés en regard des filières identifiées sur le territoire.</p>

**Contrat hospitalier de territoire** signé avec ARS depuis février 2018 qui permet d'accompagner financièrement certaines actions du PMSP. « Le contrat hospitalier de territoire est une aide à la mise en œuvre du PMSP ». Il s'agrège au CPOM qui est en cours de définition avec le nouveau PRS qui est en cours ».

#### **Coopération avec le Président du Collège médical**

Travail en préalable avec Le PCME et PCSIRMT sur un projet commun

« On se voit au groupe projet...Le P Collège médical a présenté le PMSP dans son ensemble et m'a fait intervenir en complément pour pouvoir faire le lien et donner du sens »

#### **Commission de soins du territoire**

Pas de délégation (comme prévu dans la loi)

« On a fait le choix simple d'avoir un membre de la CSIRMT locale désignées pour la CSIRMT GHT »

« Aujourd'hui on a une commission des soins de territoire où on a fait le retour des avancées des projets et ce sur quoi il faut encore travailler et on s'est mis d'accord que pour faire vivre la commission de soins de territoire on devait être dans le partage de pratiques »

#### **Travailler ensemble – coopération**

Pas de CHT au préalable, mais rayonnement du CHU sur le territoire et légitimité / Partenariats informels

« Il y avait des partenariats avec des conventions entre certains établissements, après il n'y avait pas de parcours formalisé. Il y avait des parcours évidemment, mais informels ».

Les établissements étaient partants pour le GHT, car les « découpage allait de soi sur un plan géographique...Il y a des flux naturels de patients ».

#### **Journée territoriale des soins**

« Les DS se connaissent dans la mesure ...où il existe une « journée territoriale des soins » qui a lieu tous les deux ans et qui réunit les établissements du GHT, mais aussi d'autres établissements, donc il y a une notion de territoire. » « Elle réunit environ 500 professionnels » « Le groupe d'organisation est constitué des DS, directeurs d'instituts, avec des cadres et des professionnels qui souhaitent s'investir »

« Il y a une volonté de travailler ensemble »

Parallèle DRH



### **Programme de formations communes GHT**

« Nous avons eu la chance que nos collègues DRH aient travaillées ensemble sur le volet plus social et RH, et nous avons sorti un plan de formation commun. Chacun a son plan de formation, mais il y a un volet GHT commun ».

### **Partage – répartition – légitimité**

Chaque DS est présente sur un groupe de travail / filières de prise en charge. « On s'est partagé comme ça...Chacun en fonction de ses affinités. Ça s'est fait naturellement

« On s'est partagé un certain nombre de choses et même si j'ai la présidence on a fait en sorte qu'il y ait un titulaire et un suppléant (dans chaque commission de GHT et au groupe projet) ...On a partagé la représentation de la présidence de la commission de soins dans les différentes instances ». « Chacun a quelque chose de sorte que chacun œuvre pour le GHT, que chacun ait sa place, c'est normal ». « Je pense que c'est nécessaire pour chaque établissement que chaque DS puisse s'impliquer, c'est ensuite plus simple de s'impliquer dans nos propres instances d'établissement, d'être un relai et de pouvoir expliciter et donner du sens ».

« Mes collègues sur place porte le PMSP autant que moi »

« Je ne me vois pas impacter dans un management baladeur »

« Moi je me vois comme quelqu'un qui doit fédérer et faire avancer, prendre les idées, les mettre en forme pour que ça serve à tout le monde...Mon rôle il est dans l'animation ». « Je n'ai aucune autorité sur les autres établissements ».

### **Moyens de communication**

Déplacement d'un site à l'autre...avec des lieux de réunions différents d'un mois sur l'autre

Pas de visioconférence

Les instances comme moyen de communication auprès des professionnels. « Par le biais de la commission de soins (locale) on communique sur ce qui est fait...Les cadres sont le relais sur le terrain.

**Concertation** entre DS avec une réunion ou des axes à donner

Légitimité présidence de la commission de soins de territoire

« Je pense que les autres n'avaient pas envie de prendre la présidence ».

« Ce qui est facilitant c'est le partage des enjeux »

	<p><b>Enjeu public sur le territoire</b></p> <p>« Nous représentons une offre publique, nous devons occuper le terrain et ne pas laisser les parts de marché. » Evolution du discours sur ce point-là « j'ai évolué, le discours des médecins évolue...alors qu'avant c'était un discours de directeur ».</p>
DS 9	<p><b>Travailler ensemble – coopération – Maturité des partenariats</b></p> <p>Des conventions existantes entre certains établissements du GHT. « On travaille ensemble depuis plusieurs années »</p> <p>« On aurait pu imaginer que les gens se connaissent et en fait ça a été la grande découverte... » Si les professionnels s'étaient déjà parlé au téléphone ou s'adressaient des courriers il ne s'était jamais vus. « a a eu la vertu d'apprendre à se connaître »</p> <p>Se connaître et avoir déjà travaillé ensemble sont des facteurs de réussite.</p> <p>« Les DS, on est des facilitateurs, on a l'habitude de travailler ensemble et on a les parcours en tête (parcours dans la certification par exemple) ».</p> <p>Connaissance antérieure entre DS</p> <p>Les DS se connaissent auparavant par le biais de l'AFDS, mais aussi la « Journée territoriale des soins ». C'est la 5ème conférence territoriale des soins, qui a lieu tous les deux ans. Les conférences évoquaient déjà les « parcours patients à l'initiative des DS pour fédérer autour de nos pratiques, nos thématiques sur le territoire ».</p> <p>Réunions régulières entre DS pour l'organisation.</p> <p>L'objectif est de partager.</p> <p><b>Répartition des missions</b></p> <p>« La DS du CHU nous a réunis et on s'est réparti les rôles ». « Elle a conservé la présidence de la commission de soins avec un suppléant, moi je représente la commission de soins de territoire au collège médical...On se connaît, ça a facilité ».</p> <p><b>Communication</b></p> <p>Peu de Visio conférence ou de conférence téléphonique au regard de l'ampleur du GHT et de ses 11 établissements, mais des déplacements en alternance sur chaque établissement.</p> <p>Travailler ensemble</p> <p>« Le PMSP me satisfait déjà parce qu'on ne travaille pas tout seul »</p> <p><b>Relais</b></p> <p>Les cadres sont le relais dans les services. « Les cadres sont impliqués dans les groupes de travail »</p>

	<p>Initialement les groupes de travail étaient composés uniquement des DH, DS et médecins. Mais pour certains établissements comme le mien, c'est un cadre qui s'est déplacé faute de médecin disponible ».</p> <p>Les instances sont le plus important moyen de communication sur les projets du GHT. « On a communiqué constamment dans toutes les instances ».</p> <p>« Puis j'ai communiqué auprès des cadres de pôle qui eux même ont communiqué auprès des professionnels ».</p> <p>« Sinon, on communique dans le journal interne à l'hôpital »</p>
<p>CSS 10</p>	<p><b>Connaissance</b></p> <p>« Je connais bien le CHU puisque j'y travaillais avant...j'ai encore des liens...J'ai fait partie de groupes de réflexion ... puis les DS se succèdent sur les postes et je fais leur connaissance au gré des réunions et on essaie de travailler ensemble. »</p> <p>« Notre établissement de proximité au début aurait préféré ne pas être dans le GHT, parce que à sent l'usine à gaz...Mais on n'a pas eu le choix... et le CHU est le barycentre ».</p> <p>L'établissement de proximité est dynamique et a innové en termes d'organisation (IDE de nuit d'astreinte pour les EHPAD, Centre bucco-dentaire conventionné avec le CHU... « Et vous servez de modèle pour le CHU ».</p> <p>« Ce sont les gens qui font vivre les organisations ».</p> <p>« Je ressens que je fais partie intégrante du dispositif » sous-entendu même s'il n'est pas DS</p> <p><b>Travailler ensemble – coopération</b></p> <p>« C'est vraiment travailler ensemble, coopérer...mais ce n'est pas que le GHT, le GHT permet de se connaître mieux ».</p> <p>Journée territoriale des soins</p> <p>Ce qui est « fondateur aussi du territoire, c'est les journées territoriales des soins...ça permet de fédérer les équipes autour d'un congrès professionnel paramédical et c'est quelque chose qui a du sens sur le territoire, c'est novateur ». C'est du partage de pratique</p> <p><b>Valeurs</b></p> <p>« Il a fallu se bagarrer beaucoup pour que ce ne soit pas qu'un projet médical...Il a fallu plusieurs fois que tout le monde comprenne qu'il n'y avait pas que les médecins. »</p> <p>« J'ai l'impression que malgré les différences géographiques la pensée commune soignante est assez émergente ». Les valeurs sont communes</p> <p>« On n'a pas trop de soucis pour se mettre d'accord ».</p>

		<p><b>Les instances</b></p> <p>Les instances sont un outil de communication, tant les instances de GHT que locales.</p> <p><b>Communication</b></p> <p>L'important c'est la communication entre les personnes</p> <p>« Ça marche que parce que les gens ont envie de le faire, qu'ils essaient de se connaître un peu ».</p> <p>« Quand on est dans l'ouverture, ça va tout de suite mieux ».</p>
<b>GHT E</b>	<b>DS 11</b>	<p><b>Travailler ensemble – coopération</b></p> <p>« On était la première CHT signée sur la région. Il y a vraiment une connaissance antérieure ».</p> <p>La présidence alternée de la CSIRMT avait déjà été expérimentée dans le cadre de la commission de soins de CHT.</p> <p>« La CHT n'avait pas conduit un PMP ou un PDSP, mais il y avait une commission de soins qui nous permettait d'avoir des travaux sur le territoire, qui nous donne cette antériorité »</p> <p><b>Alternance de la présidence de CSIRMT / 2 ans</b> « nous avons fait le choix sur le territoire d'avoir une présidence de CSIRMT alternée. Il y a deux coordo...J'ai donc pris la présidence pour deux ans et mon collègue prendra la suite »</p> <p>« La commission de soins est avant tout une affaire de territoire et pas de CHU ». Le fait d'alterner la présidence est un affichage pour les PM et PNM qu'il n'y avait pas de main mise par le CHU, il y avait une crainte là-dessus...c'est une façon de rassurer.</p> <p>« Entre coordo on s'entend bien et on travaille ensemble »</p> <p><b>Rôle - Missions</b></p> <p>« D'abord il y a deux choses : œuvrer en interne et œuvrer sur le territoire. Ouvrir en interne (quand on n'est pas établissement support) il faut travailler la question de la confiance. Il y a une méfiance du corps médical. De ma place de coordo j'ai travaillé dans ce sens-là, sans pour autant être naïf. Essayer de rassurer et lever les craintes »</p> <p>« Je n'ai pas de lettre de mission...Mais c'est le rôle d'un PCSIRMT sur un établissement. C'est un rôle politique sur le territoire puisque je suis au COSTRAT Toutes les informations sont partagées à ce niveau-là. »</p> <p>« C'est du pilotage au sein du territoire, et on fait un gros travail avec les collègues pour qu'on aborde les sujets de la même façon tant en termes de fond qu'en termes de forme et méthodologie »</p>

« Et après c'est animer la commission de soins pour que tout un nombre de groupes de travail puisse se former et travailler au sein du territoire avec une représentation exhaustive de tous les établissements. »

« Que chacun puisse exprimer sa plus-value dans la filière de prise en charge ».

**Equipe DS** : une force pour mener les réflexions GHT... et légitimité que n'ont pas forcément les CSS FF de DS.

**Communication - Instances**

« On se déplace, on se réunit autour d'un comité stratégique, d'une commission de soins, d'un collège médical, de conférences des élus, des usagers... Et on fait ça sur un lieu central et pas uniquement le CHU ». « Notre règle : limiter les déplacements de tous »

« Je suis invité à la commission médicale du GHT en tant que PCSIRMT, mais les deux coordos sont invités (celui du CHU et moi), mais s'il y a vote, seul le PCSIRMT vote, mais on se parle. »

**Coopérer** dans le cadre du GHT pour une « lisibilité face aux groupes privés qui eux savent bien coopérer entre eux depuis longtemps »

**Hypothèse 2** : La contrainte du temps a constitué un frein à l'élaboration aboutie du PMSP ou du PDSP.

GHT	DS	Verbatim
GHT A	DS 1	« Les filières sont mal définies et il n'y a pas de parcours patients. Il n'y a rien d'engageant » « Alors je vois maintenant que mon projet de soins local il est à revoir » « Mais aujourd'hui je m'inspire plus du PDSP et je le décline sur l'établissement »
	DS 2	<b>Perte de temps</b> « On a eu un délai supplémentaire car il y a eu un retard dans la désignation de l'établissement support » et alors que les travaux étaient commencés à 4 établissements, l'établissement psy a demandé et obtenu une dérogation. « Je trouve que quand on a une limite dans le temps il faut qu'on se donne les moyens ». « Je trouve qu'on a perdu du temps. On n'a rien fait depuis le mois de décembre »
GHT B	DS 3	« Très rapidement les 2 établissements de psychiatrie n'ont pas souhaité travailler avec nous » « On a perdu du temps et l'ARS a tenu compte de la situation et nous a donné un délai supplémentaire » « Le PMP et le PDSP ont été présentés fin 2017... Donc pour le moment on a défini les grands axes » et les fiches actions doivent être travaillées. « Il a fallu rendre un PDSP trop tôt pour nous... On l'a plus ou moins fait avec mon collègue » sans sollicitation des équipes soignantes à contrario de ce qui se passe pour le PDS local. On n'avait pas le temps de mettre cette dynamique en place »
	DS 4	Dérogation ARS pour le dépôt du PMP et PDSP « dès 2015, s'est amorcée une réflexion sur le GHT qui comprenait à l'époque 5 établissements » « nous avons eu un retard et nous avons eu une dérogation » Le PDSP a été élaboré « à la va-vite, en une semaine, une fois que le PMP a été fait » « On a élaboré rapidement un PDSP très stratégique, avec les grandes orientations et le plan d'action est resté purement théorique » Il n'y a pas de déclinaison par rapport au PMP ; Il nous appartient maintenant de mettre en place des groupes de travail pour les différentes filières ... avec une compétence médicale, une compétence paramédicale et une compétence de directeur du GHT »
GHT C	DS 5	La première difficulté est que chacun a dû mettre du temps pour pouvoir travailler ensemble, ça je crois que c'est la première difficulté, parce qu'on a du mal parfois à se déplacer et on fait de la Visioconférence »
	DS 6	Le temps dans les transports d'un établissement à l'autre
	DS 7	-

<b>GHT D</b>	<b>DS 8</b>	L'accompagnement a été nécessaire au regard des « délais comptés » « Ce qui est plus difficile c'est la temporalité...temporalité du GHT et temporalité de chacun des établissements » « Ça a été contraint, et d'un autre côté avec de la distance je crois qu'on est beaucoup à dire que c'est peut-être ce qui nous a permis de réussir »
	DS 9	« En fait on passe beaucoup de temps pour le GHT » « La difficulté est que c'est une couche supplémentaire, pa exemple moi le CHU c'est une heure de route de mon établissement. Et du coup 20% de mon temps est consacré au GHT. » « Il y a beaucoup de réunions, de liens à faire et si vous n'tes pas là on ne vous attend pas. » « La seule crainte qui s'est avérée vraie c'est le temps, le temps que ça prend, le temps passé ».
	CSS 10	La contrainte temps est mis en avant comme un facteur de réussite « Les échéances étaient tellement compliquées...Il y avait des taquets et tout le monde s'y est mis, pour être prêt à telle ou telle date ». Mais à contrario le temps pris pour le GHT est une difficulté « Alors au quotidien le temps bouffé par le GHT c'est monstrueux ».
<b>GHT E</b>	<b>DS 11</b>	Non abordé

**Hypothèse 3** : Filières, parcours et partage de pratiques professionnelles représentent des éléments fédérateurs pour les DS et permettent de donner du sens au PDSP ou PMSP et au GHT.

GHT	DS	Verbatim
GHT A	DS 1	« Pour l'instant il n'y a pas grand-chose » « On va plutôt sur ce qui rassemble. Et après ce qu'on n'a pas fait c'est partir sur les compétences. Qui est compétent (dans tel ou tel ou tel domaine) éducation thérapeutique, plaie et cicatrisation »
	DS 2	L'objectif est de travailler sur des choses qui peuvent rassembler et servir tout le monde. » Concernant le parcours patient le partage d'expériences ou d'expérimentation pourrait servir d'exemple sur le GHT. (Commission de séjours complexes et des séjours longs » <b>Certification</b> « J'ai intégré la direction qualité...Ils ont commencé à travailler sur un compte qualité commun, des outils communs, un PAQS commun »
GHT B	DS 3	« Finalement on partage » « On a commencé à travailler sur des postes communs » « Idem pour les EPP, on va les partager sur les deux établissements » « Le point d'ancrage c'est vraiment les filières et les parcours au sein des filières » « On a travaillé sur une fiche de poste de cadre parcours patient partagé, qui va justement suivre tous les parcours et fera le lien entre le comité et le PMP » « Avoir travaillé sur les filières a levé les craintes des cadres et ils sont vraiment maintenant dans l'échange. Les deux cadres de réa échangent sur leurs protocoles, leurs pratiques, leurs formations, ils commencent à partager leurs formations » « Il y a un vrai partage qui s'est mis en place, bien sûr pas sur tous les secteurs, mais beaucoup » « On a fait un séminaire d'encadrement (à l'initiative des DS) le mois dernier, avec l'ensemble des cadres des deux établissements » « La commission de soins de GHT peut être intéressante sur le partage de nos pratiques soignantes »
	DS 4	<b>Eléments fédérateurs</b> « L'axe du PDSP porte sur la formation, la recherche en soins, les pratiques avancées, mais nous n'avons pas encore abordé le sujet dans le concret »



		<p><b>Recherche en soins</b></p> <p>« On a recruté dernièrement un cadre de santé disposant d'un Master en recherche en soins, qui va développer un programme entre les deux établissements, donc elle est à 50% sur chaque hôpital »</p> <p>L'objectif dans un premier temps est d'échanger « faire un diagnostic des compétences (des professionnels du GHT) ... et d'envisager le partage d'expériences pour pouvoir harmoniser nos pratiques »</p>
<b>GHT C</b>	<b>DS 5</b>	<p><b>IPA</b></p> <p>« On réfléchit aux infirmières de pratiques avancées, c'est dans le PDSP »</p> <p>« Après, c'est compliqué parce qu'on a peur d'une approche GHT, l'approche potentielle d'une équipe de territoire ou d'une réflexion territoriale. Les équipes ont des appréhensions d'être mobilisées sur le territoire ...Mais ce n'est pas une crainte des cadres de pôle, ils sont très mobiles »</p> <p><b>Appartenance et culture établissement</b></p> <p>« Notre rôle est de faire en sorte de garder l'identité et la culture locale de l'établissement tout en pensant l'ensemble de nos projets GHT de manière à construire des compétences collectives ensembles et à ne pas démultiplier les projets »</p> <p>« Le séminaire managérial que j'ai organisé en arrivant a permis de faire un bilan de notre projet de soins et de se projeter sur les groupes de travail à orientation projet de territoire...En fait, le GHT il faut qu'on l'utilise comme levier au quotidien et que tout devienne naturel sans oublier l'identité de l'établissement ».</p> <p><b>Formation initiale</b></p> <p>« Ne pas oublier les instituts de formation dans la construction des GHT. C'est eux qui nous apportent les compétences soignantes que l'on va intégrer dans le PDSP...On construit les parcours de stage sur les modalités parcours et filières dès le dispositif de formation. »</p> <p>Newsletter</p>
	<b>DS 6</b>	<p>« On a travaillé sur un fiche de liaison commune avec les groupes de travail et les psy..... sur l'amélioration de la déclaration de fugue en santé mentale. Donc on a travaillé ensemble et avec les commissariats locaux »</p> <p>« Là, je travaille sur l'éducation thérapeutique sur les différents établissements. »</p> <p>« On a tout un travail avancé sur la recherche en soins paramédicale. On a créé un groupe de lecture d'articles scientifiques »</p> <p><b>Parcours stage</b></p>

		<p>« On veut travailler ensemble sur les demandes de stage »</p> <p><b>Outils de communication</b></p> <p>Information via le journal interne établissement / Les instances</p> <p><b>Métiers en tension</b></p> <p>La question des métiers en tension a été abordée en GHT. « On nous a demandé de travailler sur les recrutements (de kiné) et de savoir ce que l'on peut faire.... De voir comment on peut s'organiser pour des postes partagés.... Mais je ne vois pas trop comment on pourrait envoyer un kiné à 50 kms »</p>
	DS 7	<p><b>Parcours et filières comme éléments fédérateurs</b></p> <p>« Pour l'amélioration de la prise en charge du patient, on a préalablement décidé que le parcours de la personne âgée était fondamental, la santé mentale était importante et qu'il fallait faire un focus sur la santé publique. »</p> <p>« La recherche en soins comme moyen d'attractivité et de fidélisation des professionnels. Elle est à la fois basée sur la sensibilisation des professionnels. Nous avons créé un club de lecture à partir d'articles professionnels puis d'articles scientifiques. Ça donne sens à la pratique...et ça c'est le GHT ».</p> <p>« Aujourd'hui il y a des craintes des professionnels car on est un petit établissement et la crainte c'est que le personnel soit phagocyté » ce qui nécessite un accompagnement au changement de la part des DS, « et la formation pour manager les compétences ».</p> <p><b>Formations communes GHT</b></p> <p>« Notre centre de formation a développé des formations inter-établissement. Nous avons aujourd'hui un catalogue de formation GHT. Les professionnels sont très heureux, ils apprennent à se connaître, à échanger sur leurs pratiques. »</p> <p>Métiers en tension</p> <p><b>Espace éthique commun</b></p> <p>« Sur chacune des structures, nous avons un espace éthique qui ne fonctionne pas de la même façon, donc nous avons quelque chose à repenser ».</p> <p>« Des groupes de travail ont été mis en place, beaucoup concernant la psy ont été déclinés ... en thématiques que l'on retrouve un peu partout dans le cadre de l'amélioration de la qualité, éducation thérapeutique, la violence, la gestion des fugues ».</p>
<b>GHT D</b>	<b>DS 8</b>	<p>Les filières identifiées sont les urgences et soins critiques « et il y a une expérimentation sur les IDE intervenant en EHPAD pour éviter les hospitalisations. »</p>

**Filière gériatrique**

Mise en place sur le CHU « d'astreintes IDE », mais aussi « d'une infirmière de parcours, sur les parcours par rapport aux résidents vivant en EHPAD » « on est en train de passer convention avec 22 EHPAD autour du CHU » (financement ARS)

Téléconsultation et développement de la télémédecine (par le financement par ARS des petits établissements pour l'équipement)

**Filière oncologie**

Financement pour 3 IDE de parcours en oncologie (pneumologie, digestif et urologie) et de postes de praticiens partagés

**Filière pédiatrie**

Accompagnement sur l'enfance en danger « qui dépassera le GHT car on veut le faire au niveau régional »

Filière neurologie

Financement de postes partagés et une IDE de stomathérapie (pour étoffer l'équipe en place sur le CHU et le territoire).

**Filière cardio-pneumologie**

« C'est tout ce qui concerne l'éducation thérapeutique et des postes partagés ».

**CSIRMTGHT et PMSP**

Que les équipes puissent présenter leurs avancées au regard du PMSP... dont on pourrait se servir pour avoir des pratiques communes »

**Partage de pratiques et d'expérimentation – groupe de travail**

« Il y a une volonté de travailler ensemble sur tout ce qui est éducation thérapeutique, aussi pour éviter de refaire un certain nombre de chose mais d'étendre les programmes au-delà »

« Partage de pratiques, IPA, ET...c'est ce qui peut nous réunir, ce qui fait sens pour chaque établissement et qui a intérêt à être mis en commun...l'intérêt est d'unir nos forces pour pouvoir avoir de la formation, améliorer nos pratiques ».

« J'ai des équipes du CHU qui souhaiteraient partager aussi un certain nombre de pratiques...Je pense aux IDE de cardiologie qui ont un suivi très particulier sur l'insuffisance cardiaque à distance...Donc ce genre de pratique ça peut éveiller dans d'autres établissements... »

« En fait, c'est faire connaître .... Car le fait d'avoir travaillé ensemble dans ces groupes de travail les gens se sont connus et reconnus dans leurs pratiques.... Et je pense que ça a apaisé les craintes que le grand mange le petit ».


**Confiance**

	<p>« Il y a une vraie confiance qui est née entre les acteurs qui se voient maintenant tous les mois et du coup la parole est libre. »</p> <p>Les groupes de travail sont constitués de médecins, cadres, directeurs ou directeur des soins (représentatifs de chaque établissement)</p> <p>« La formation des MER qu'on est en train de mettre en place sur l'IRM, ça va resserrer les liens entre les établissements. En fait c'est le grand frère, on va aider et profiter pour travailler nos pratiques...mettre à plat nos difficultés et les travailler ensemble ».</p> <p>« Pour les soignants il faut aller dans le concret, parce que le parcours ça peut rester très conceptuel ».</p> <p><b>Recherche</b></p> <p>Il y a une dynamique de recherche « Il y a une force de frappe différente qui peut créer de l'émulation ».</p> <p><b>Formation initiale</b></p> <p>« Les instituts de formation, le champ de l'universitarisation...Cette partie-là n'est pas négligeable » dans la dimension GHT.</p> <p>« Avec ma collègue DS des instituts de formation, on a travaillé ensemble sur les IPA à la DG et avec le doyen. On a demandé à être associées aux réflexions »</p> <p>« Aujourd'hui, on pense GPEC. Il va falloir élargir et pour moi la formation est un levier important au service de la mise en œuvre des projets, c'est un outil managérial ».</p>
DS 9	<p><b>Filières de PEC</b></p> <p>Les 11 filières de prise en charge ont été le point de départ des coopérations pour l'élaboration du PMSP, avec un trinôme pour le pilotage (un directeur d'un établissement et deux médecins de structures différentes) et constitution d'un groupe projet pour le suivi.</p> <p>PMSP car « on a la chance que sur le CHU et ici, le PMP intègre déjà le PDS »</p> <p><b>Qualité – gestion des risques – Certification</b></p> <p>« On est en train d'intégrer les filières du PMP, mais vues sous l'angle de la qualité ».</p> <p>Même si chaque établissement a ses propres risques et les traite en interne, ça peut être intéressant de traiter les FEI dans le cadre des GHT ;</p> <p>« comprendre ce qui s'est passé pour un patient qui est parti de chez moi pour le CHU. »</p> <p>« L'idée ensuite est de travailler sur une politique qualité commune...actuellement on est en train de l'écrire ».</p> <p><b>Forces du GHT</b> au travers le PMSP pour la mise en place de pratiques innovantes difficiles à mettre en place sur un seul établissement : exemple des pratiques avancées. 3Je pense que c'est facilitateur pour la mise en place de projets inter établissements ».</p>

	<p>Mais vigilance quant à la répartition des moyens : exemple de l'infirmière de coordination qui sera basée sur le CHU (CHU point central au regard des spécialités prises en charge, oncologie par exemple)</p> <p>Réponse à des appels à candidature pour les pratiques avancées sur le GHT.</p> <p><b>Métiers en tension</b></p> <p>« Concernant les métiers en tension (kiné), on a évoqué la possibilité de postes partagés », mais le problème ne se pose pas encore puisqu'il y a pénurie sur tous les établissements.</p> <p><b>Gagnant – Gagnant et organisation de l'offre de soins</b></p> <p>« Je pense que c'est une bonne entité...quand on a fait le PMSP on a vraiment eu l'impression que le CHU découvrait qu'en fait, nous hôpitaux de proximité on pouvait les servir et j'emploie vraiment ce terme là...S'ils investissaient chez nous des consultations avancées, des pratiques avancées ils allaient recueillir eux de la clientèle plus spécifique » en lien avec leurs spécialités.</p> <p>Le CH devient une « plateforme avancée » du CHU pour les patients qui ne se déplacent pas, mais que ce soit plutôt les praticiens qui se déplacent pour un recrutement vers le public et non vers le privé</p>
<p>CSS 10</p>	<p><b>Les métiers en tension</b></p> <p>Pénurie de kiné...les GHT pourrait-il y remédier ? Idée de la bourse à l'emploi.</p> <p>Problématique de préparateurs en pharmacie et partage et communication de CV de sa collègue du CH GHT)</p> <p>Problématique d'absence de cadre qui a pu être résolu avec la mutation d'un cadre du CHU qui avait un projet de gériatrie.</p> <p><b>Filières de PEC</b></p> <p>Les filières qui fonctionnent le mieux sont celle des urgences et la filière gériatrique ; Il y avait déjà des groupes de travail antérieurs au GHT. C'est des filières qui avancent bien ».</p> <p>Le groupe projet fait le lien entre les groupes de travail / filière et le COSTRAT. C'est à lui de relancer si certaines filières n'avancent pas.</p> <p>Certification</p> <p>Les comptes qualité fonctionnent déjà, les patients traceurs inter-établissement c'est déjà mis en place. »</p> <p>« Je pense qu'il faut se centrer sur ce qui rassemble. Ce qui sera intéressant c'est l'analyse d'un parcours patient qui arrive aux urgences...et que devient-il après...Je crois qu'il faut bosser sur les interfaces ...En se centrant sur le parcours de la personne malade et savoir ce qui se passe pour elle et pas seulement sur les soins (identitovigilance par exemple.) »</p>

<b>GHT E</b>	<b>DS</b>  <b>11</b>	<p>Les travaux menés dans le cadre de la CHT portaient sur les lieux de vie avec des thématiques transversales : la bientraitance, nutrition, douleur... Thématique « identifiées par la commission de soins de CHT assez importantes et fédératrices ». « Ça a été du benchmark, du partage d'information sur les organisations, des structures, des capacités, des effectifs et des actions de soins. »</p> <p>« On organisait sur le territoire des actions et des conférences avec des thématiques variées ».</p> <p>« La question a été de dire comment au niveau des filières de prise en charge on peut mieux faire sur le territoire, comment on est plus fort sur le territoire ? Les filières, le PMP abordé par les filières a permis de fédérer ».</p> <p><b>Gagnant-gagnant</b></p> <p>« La philosophie du projet me satisfait parce qu'elle aborde la question des filières de prise en charge et parcours patients... On peut être gagnant à tous les niveaux » : lisibilité pour les patients, lisibilité pour les libéraux, chaque établissement peut travailler sur « sa plus-value réelle et potentielle », socialement parlant pour convaincre les organisations syndicales de la volonté de pérenniser le rôle de chacun des établissements du GHT.</p> <p><b>Séminaire cadre sup sur le territoire</b></p>
--------------	----------------------------	--

C) Annexe III – Grille d'analyse documentaire des PDSP et PMSP

GHT	Axes et orientations	Thématiques et Filières identifiées	Déclinaison en Fiches actions																								
<b>GHT A</b>	<p><b>Projet de soins partagé</b></p> <p>Axe 1 : Accompagner le patient tout au long de son parcours</p> <p>Axe 2 : Prodiguer des soins d'excellence par l'analyse et le développement de la qualité, la sécurité et la gestion des risques liés aux soins</p> <p>Axe 3 : Prendre en charge la personne soignée dans sa spécificité</p> <p>Axe 4 : Accompagner et favoriser l'évolution des métiers et compétences</p> <p>Axe 5 : Développer l'innovation et la recherche</p>	<p>Axe 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluidification des parcours intra-hospitaliers</li> <li>- Fluidification des parcours extrahospitaliers</li> <li>- Le dossier de soin informatisé et la communication</li> <li>- Apports du PDSP aux filières médicales du PMP (pédiatriques, digestif, imagerie, biologie, PUI et PEC médicamenteuse, diabétologie, personnes âgées, périnatalité, neuro-vasculaire, oncologie, santé mentale, uro- néphrologie, soins palliatifs, infectiologie, urgences, douleur, cardiologie)</li> </ul> <p>Sur les 17 filières identifiées dans le PMP, seules 9 ont été décliné dans le PDSP.</p> <p>Articulation difficile en l'absence de DS ou de soignant dans les groupes de travail médicaux du GHT.</p> <p>Axe 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualité des soins (promotion de la bientraitance, PEC de la douleur, démarche éducative et promotion de la santé, prévention de l'intégrité cutanée, PEC de l'état nutritionnel, ...)</li> <li>- Sécurité des soins (prévention et PEC des chutes, identitovigilance, PEC médicamenteuses, PEC des urgences vitales et non vitales, PEC du risque infectieux, hémovigilance)</li> <li>- Gestion des risques liés aux soins (TMS, manutention et RPS en lien avec la DRH ; suivi des indicateurs qualité, EPP et CREX, programme d'audit en lien avec la Direction qualité)</li> </ul> <p>Beaucoup des sous thématiques Sécurité des soins renvoient au PMP.</p>	<p>Par axe, des thématiques sont identifiées et font l'objet d'une fiche dont les items sont les suivantes : Objectif, Pilote de thématique, Actions proposées, Calendrier, Indicateurs d'évaluation. Pas de pilote de thématique identifié.</p> <p><i>Exemple de fiche action</i></p> <p> <b>Fluidification des parcours intra-hospitalier</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Objectif</th> <th colspan="2">Pilote de la thématique</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Construire un parcours de soins personnalisé en concertation avec le patient</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Actions proposées</th> <th>Calendrier</th> <th>Indicateurs d'évaluation</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td> <p><b>Accueil du patient et organisation de son séjour</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer à l'élaboration d'un livret d'accueil du GHT décrivant l'offre de soins de chaque établissement et les parcours de soins par filières</li> <li>• Mettre en place et harmoniser des organisations soignantes pour fluidifier les parcours des patients complexes, poly pathologiques, âgés : gestionnaire de lits, cellule parcours patient, infirmière coordinatrice des sorties, commission des séjours complexes,</li> <li>• Identifier les rôles et missions des IDE coordinatrices de parcours pour répondre aux organisations pré-définies.</li> </ul> </td> <td></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de participants soignants à l'élaboration du livret d'accueil</li> <li>• Organisation formalisée pour la coordination des parcours</li> <li>• Evolution du nb de « bed bloqueurs » dans les services</li> <li>• Temps de passage au SAU</li> <li>• Evolution des IP-DMS</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td> <p><b>Projet de soin personnalisé (raisonnement clinique)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir l'offre de formation continue pour actualisation des connaissances et des pratiques cliniques</li> <li>• Harmoniser au niveau du GHT une démarche de soins favorisant le raisonnement par la clinique : Mettre en œuvre les transmissions ciblées et partager les cibles (en vue de formulaires communs)</li> <li>• Intégrer systématiquement une cible accueil et une cible information du patient sur son état de santé et son parcours de soins</li> <li>• Mettre en place des évaluations mensuelles des dossiers de soins – définir les critères d'évaluation</li> </ul> </td> <td></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nb de personnes qui ont actualisé leurs connaissances et pratiques cliniques</li> <li>• Nb de dossiers qui répondent aux critères définis (présence de cible accueil et information, ...)</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>3</td> <td> <p><b>Organisation de la sortie du patient (HDI/Hospitalisation/SSR/HAD/SSIAD) vers le domicile ou une structure médico-sociale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer un guide (ou une procédure) de sortie : pochette de sortie uniformisée au niveau du GHT avec check-list de sortie d'hospitalisation</li> </ul> </td> <td></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure élaborée, formalisée et appliquée</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Objectif		Pilote de la thématique		Construire un parcours de soins personnalisé en concertation avec le patient				Actions proposées		Calendrier	Indicateurs d'évaluation	1	<p><b>Accueil du patient et organisation de son séjour</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer à l'élaboration d'un livret d'accueil du GHT décrivant l'offre de soins de chaque établissement et les parcours de soins par filières</li> <li>• Mettre en place et harmoniser des organisations soignantes pour fluidifier les parcours des patients complexes, poly pathologiques, âgés : gestionnaire de lits, cellule parcours patient, infirmière coordinatrice des sorties, commission des séjours complexes,</li> <li>• Identifier les rôles et missions des IDE coordinatrices de parcours pour répondre aux organisations pré-définies.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de participants soignants à l'élaboration du livret d'accueil</li> <li>• Organisation formalisée pour la coordination des parcours</li> <li>• Evolution du nb de « bed bloqueurs » dans les services</li> <li>• Temps de passage au SAU</li> <li>• Evolution des IP-DMS</li> </ul>	2	<p><b>Projet de soin personnalisé (raisonnement clinique)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir l'offre de formation continue pour actualisation des connaissances et des pratiques cliniques</li> <li>• Harmoniser au niveau du GHT une démarche de soins favorisant le raisonnement par la clinique : Mettre en œuvre les transmissions ciblées et partager les cibles (en vue de formulaires communs)</li> <li>• Intégrer systématiquement une cible accueil et une cible information du patient sur son état de santé et son parcours de soins</li> <li>• Mettre en place des évaluations mensuelles des dossiers de soins – définir les critères d'évaluation</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nb de personnes qui ont actualisé leurs connaissances et pratiques cliniques</li> <li>• Nb de dossiers qui répondent aux critères définis (présence de cible accueil et information, ...)</li> </ul>	3	<p><b>Organisation de la sortie du patient (HDI/Hospitalisation/SSR/HAD/SSIAD) vers le domicile ou une structure médico-sociale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer un guide (ou une procédure) de sortie : pochette de sortie uniformisée au niveau du GHT avec check-list de sortie d'hospitalisation</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure élaborée, formalisée et appliquée</li> </ul>
Objectif		Pilote de la thématique																									
Construire un parcours de soins personnalisé en concertation avec le patient																											
Actions proposées		Calendrier	Indicateurs d'évaluation																								
1	<p><b>Accueil du patient et organisation de son séjour</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer à l'élaboration d'un livret d'accueil du GHT décrivant l'offre de soins de chaque établissement et les parcours de soins par filières</li> <li>• Mettre en place et harmoniser des organisations soignantes pour fluidifier les parcours des patients complexes, poly pathologiques, âgés : gestionnaire de lits, cellule parcours patient, infirmière coordinatrice des sorties, commission des séjours complexes,</li> <li>• Identifier les rôles et missions des IDE coordinatrices de parcours pour répondre aux organisations pré-définies.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de participants soignants à l'élaboration du livret d'accueil</li> <li>• Organisation formalisée pour la coordination des parcours</li> <li>• Evolution du nb de « bed bloqueurs » dans les services</li> <li>• Temps de passage au SAU</li> <li>• Evolution des IP-DMS</li> </ul>																								
2	<p><b>Projet de soin personnalisé (raisonnement clinique)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir l'offre de formation continue pour actualisation des connaissances et des pratiques cliniques</li> <li>• Harmoniser au niveau du GHT une démarche de soins favorisant le raisonnement par la clinique : Mettre en œuvre les transmissions ciblées et partager les cibles (en vue de formulaires communs)</li> <li>• Intégrer systématiquement une cible accueil et une cible information du patient sur son état de santé et son parcours de soins</li> <li>• Mettre en place des évaluations mensuelles des dossiers de soins – définir les critères d'évaluation</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nb de personnes qui ont actualisé leurs connaissances et pratiques cliniques</li> <li>• Nb de dossiers qui répondent aux critères définis (présence de cible accueil et information, ...)</li> </ul>																								
3	<p><b>Organisation de la sortie du patient (HDI/Hospitalisation/SSR/HAD/SSIAD) vers le domicile ou une structure médico-sociale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborer un guide (ou une procédure) de sortie : pochette de sortie uniformisée au niveau du GHT avec check-list de sortie d'hospitalisation</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure élaborée, formalisée et appliquée</li> </ul>																								

Date de dépôt du PMP et  
PDSP à l'ARS : décembre  
2017

Axe 3 :

- PEC du patient vulnérable (handicap, précarité...)
- PEC des patients en soins palliatifs (lien PMP)
- PEC des personnes âgées (PMP)
- PEC des patients en santé mentale (PMP)

Axe 4 :

- Accompagnement managérial des cadres de santé
- Attractivité et fidélisation des professionnels dans le GHT
- Maintien et développement des compétences
- Développement des expertises et des parcours de formation qualifiants
- Accompagner la mobilité des personnels paramédicaux

Axe 5 :

- Développement de coopérations entre professionnels de santé
- Développement des pratiques avancées
- Promotion de la recherche paramédicale
- Promotion des nouvelles technologies dans l'exercice paramédical

 Filière Santé mentale

Structures (Nov. 2017)			
	CH 1	CH 2	GH 3
Partage des constats		Enjeux et objectifs	
Principes organisationnels			
Professionnels paramédicaux impliqués		Expertises paramédicales requises	

*Exemple de fiche action par filière de PEC*

Un état des lieux de l'offre de soins concernant la filière est renseigné sur chaque fiche action.



GHT	Axes et orientations	Thématiques et Filières identifiées	Déclinaison en Fiches actions														
GHT B	<p><b>Projet de soins partagé</b></p> <p>Axe 1 : Organisation des de la prise en charge graduée dans une logique de parcours des de santé territoriaux et de filières de soins</p> <p>Axe 2 : développement des compétences managériales au service des besoins de santé territoriaux afin de renforcer les modalités d'intervention des professionnels paramédicaux dans le GHT</p> <p>Axes 3 : Promouvoir la formation professionnelle, le développement des compétences soignantes, la recherche clinique paramédicale et innovation médico-soignante au sein du GHT</p>	<p>Pas dans le PDSP qui est transversal</p> <p><i><u>Date de dépôt du PMP et PDSP à l'ARS : décembre 2017</u></i></p>	<p>Pas de fiche action, mais des pistes d'actions identifiées dans chaque axe.</p> <div data-bbox="1230 540 1934 1136" style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <h3 style="text-align: center; background-color: #f0f0f0; margin: 0;">Axe stratégique 1</h3> <div style="background-color: #d9ead3; padding: 5px; margin-top: 5px; border: 1px solid #bdc3c7;"> <p><b>Organiser une prise en charge graduée dans une logique de parcours de santé territoriaux et de filières de soins spécifiques au GHT</b></p> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top; padding: 5px;"><b>Orientation stratégique :</b></td> <td style="padding: 5px;">Organiser une prise en charge médico-soignante partagée, structurée, graduée et sécurisée permettant une offre de santé cohérente à destination de la population territoriale,</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"><b>Approche opérationnelle :</b></td> <td style="padding: 5px;">Encourager l'élaboration d'actions interprofessionnelles innovantes et la définition de modalités de coordination et de coopération sur les parcours de santé territoriaux et sur les filières de soins spécifiques au GHT.</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"><b>Objectif 1 :</b></td> <td style="padding: 5px;">Spécifier des chemins cliniques, des parcours de santé en tenant compte des besoin du patient, de son entourage et de son environnement, de la place et du rôle des aidants et du secteur associatif.</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"><b>Objectif 2 :</b></td> <td style="padding: 5px;">Définir les bonnes pratiques médico-soignantes inhérentes à l'organisation d'une prise en charge pluri-professionnelle et en tenant compte de la fluidité des parcours.</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"><b>Objectif 3 :</b></td> <td style="padding: 5px;">Développer une offre de soins structurée et coordonnée intégrant le partage des compétences, l'harmonisation et l'uniformisation des pratiques soignantes sur une identité GHT.</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"><b>Objectif 4 :</b></td> <td style="padding: 5px;">Identifier les partenariats et formaliser les modalités de fonctionnement entre acteurs hospitaliers et extra hospitaliers, libéraux et sociaux permettant de renforcer les articulations d'une prise en charge en développant les axes de prévention, d'éducation et de promotion de la santé.</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"><b>Pistes d'actions :</b></td> <td style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;">            Protocoles de coopération interprofessionnelle, pratiques avancées paramédicales, innovations professionnelles, évolutions des modes d'exercice, chemins cliniques par parcours de santé, Audits Parcours-Patients et Audits Cliniques, programmes d'éducation thérapeutique du patient, sous-commission « Parcours-Patient », hôpital numérique sur les données médicales et paramédicales...         </div> </td> </tr> </table> </div>	<b>Orientation stratégique :</b>	Organiser une prise en charge médico-soignante partagée, structurée, graduée et sécurisée permettant une offre de santé cohérente à destination de la population territoriale,	<b>Approche opérationnelle :</b>	Encourager l'élaboration d'actions interprofessionnelles innovantes et la définition de modalités de coordination et de coopération sur les parcours de santé territoriaux et sur les filières de soins spécifiques au GHT.	<b>Objectif 1 :</b>	Spécifier des chemins cliniques, des parcours de santé en tenant compte des besoin du patient, de son entourage et de son environnement, de la place et du rôle des aidants et du secteur associatif.	<b>Objectif 2 :</b>	Définir les bonnes pratiques médico-soignantes inhérentes à l'organisation d'une prise en charge pluri-professionnelle et en tenant compte de la fluidité des parcours.	<b>Objectif 3 :</b>	Développer une offre de soins structurée et coordonnée intégrant le partage des compétences, l'harmonisation et l'uniformisation des pratiques soignantes sur une identité GHT.	<b>Objectif 4 :</b>	Identifier les partenariats et formaliser les modalités de fonctionnement entre acteurs hospitaliers et extra hospitaliers, libéraux et sociaux permettant de renforcer les articulations d'une prise en charge en développant les axes de prévention, d'éducation et de promotion de la santé.	<b>Pistes d'actions :</b>	<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;">            Protocoles de coopération interprofessionnelle, pratiques avancées paramédicales, innovations professionnelles, évolutions des modes d'exercice, chemins cliniques par parcours de santé, Audits Parcours-Patients et Audits Cliniques, programmes d'éducation thérapeutique du patient, sous-commission « Parcours-Patient », hôpital numérique sur les données médicales et paramédicales...         </div>
<b>Orientation stratégique :</b>	Organiser une prise en charge médico-soignante partagée, structurée, graduée et sécurisée permettant une offre de santé cohérente à destination de la population territoriale,																
<b>Approche opérationnelle :</b>	Encourager l'élaboration d'actions interprofessionnelles innovantes et la définition de modalités de coordination et de coopération sur les parcours de santé territoriaux et sur les filières de soins spécifiques au GHT.																
<b>Objectif 1 :</b>	Spécifier des chemins cliniques, des parcours de santé en tenant compte des besoin du patient, de son entourage et de son environnement, de la place et du rôle des aidants et du secteur associatif.																
<b>Objectif 2 :</b>	Définir les bonnes pratiques médico-soignantes inhérentes à l'organisation d'une prise en charge pluri-professionnelle et en tenant compte de la fluidité des parcours.																
<b>Objectif 3 :</b>	Développer une offre de soins structurée et coordonnée intégrant le partage des compétences, l'harmonisation et l'uniformisation des pratiques soignantes sur une identité GHT.																
<b>Objectif 4 :</b>	Identifier les partenariats et formaliser les modalités de fonctionnement entre acteurs hospitaliers et extra hospitaliers, libéraux et sociaux permettant de renforcer les articulations d'une prise en charge en développant les axes de prévention, d'éducation et de promotion de la santé.																
<b>Pistes d'actions :</b>	<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;">            Protocoles de coopération interprofessionnelle, pratiques avancées paramédicales, innovations professionnelles, évolutions des modes d'exercice, chemins cliniques par parcours de santé, Audits Parcours-Patients et Audits Cliniques, programmes d'éducation thérapeutique du patient, sous-commission « Parcours-Patient », hôpital numérique sur les données médicales et paramédicales...         </div>																

GHT	Axes et orientations	Thématiques et Filières identifiées	Déclinaison en Fiches actions																		
<b>GHT C</b>	<p><b>Projet de soins partagé</b></p> <p>Orientation 1 : Objectifs d'amélioration de la prise en charge du patient sur le territoire</p> <p>Orientation 2 : objectifs managériaux</p> <p>Orientation 3 : objectifs médicaux soignants</p> <p><u>Date de dépôt du PMP et PDSP à l'ARS : juillet 2017</u></p>	<p>Orientation 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Focus sur le parcours de la personne âgée</li> <li>➤ Focus sur le parcours de la personne en santé mentale</li> <li>➤ Focus sur la santé publique</li> </ul> <p>Orientation 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La QVT et la prévention de la violence et des situations à risque</li> <li>➤ La formation initiale et continue pour manager les compétences</li> <li>➤ La recherche en soins infirmiers comme moyen d'attractivité et d'amélioration de la qualité des professionnels</li> <li>➤ L'accompagnement au changement des professionnels</li> </ul> <p>Orientation 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La gouvernance médico-soignante dans les pôles et les territoires</li> <li>➤ Les axes de performance médico-soignante</li> <li>➤ La qualité et la sécurité des soins</li> <li>➤ L'espace éthique</li> <li>➤ La relation avec les patients et les familles en lien avec la CDU</li> </ul>	<p>Une synthèse des PDS des établissements parties du GHT (de nombreuses similitudes signe qu'un partage de valeurs et de pratiques préexistait au GHT).</p> <p>Des fiches actions pour chaque axe et un échéancier</p> <p>Structuration identique pour les 12 fiches actions : Pilote, Objectifs, Actions, Echéance, Acteurs, Indicateurs de suivi, Références bibliographiques et réglementaires</p> <p>Exemple de fiche action : « Comment éviter le passage aux urgences des personnes âgées », « Fiche de liaison en santé mental » ...</p> <p><b>Fiche action : Comment améliorer la qualité des informations transmises pour assurer la continuité de soins en amont et en aval</b></p> <table border="1" data-bbox="1251 756 1761 816"> <thead> <tr> <th>N° Fiche</th> <th>Auteur / Pilote</th> <th>Date de validation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="1251 829 1761 1325"> <tbody> <tr> <td><b>Objectifs</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retrouver le maximum d'information sur le patient tout au long de son hospitalisation</li> <li>- Améliorer le contenu du DLU</li> <li>- Harmoniser une fiche de liaison IDE</li> <li>- Harmoniser une procédure de transfert</li> <li>- Etudier la possibilité d'un accès à Sillage pour le SSIAD de Conflans</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td><b>Actions</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir les besoins d'informations sur la personne âgée au niveau des urgences <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administratif : d'où vient le patient</li> <li>• Coordonnées des proches</li> <li>• Coordonnées du médecin traitant</li> <li>• ATCD</li> <li>• Traitement en cours</li> <li>• Allergies</li> <li>• Transmissions IDE ou AS (pourquoi, symptômes depuis combien de temps)</li> <li>• Directives anticipées</li> </ul> </li> <li>- Créer deux fiches de liaison (via EHPAD et via Domicile) commune au GHT</li> <li>- Créer une procédure de transfert commune au GHT</li> <li>- Créer une check-list, inventaire...</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td><b>Acteurs concernés</b></td> <td>IDE, AS, Cadre de santé, médecin</td> </tr> <tr> <td><b>Echéancier</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche de liaison d'urgences : fin 2017</li> <li>- Procédure de transfert : 1<sup>er</sup> semestre 2018</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td><b>Indicateurs de suivi</b></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'une fiche de liaison d'urgences identique pour l'ensemble des établissements du GHT</li> <li>- Création d'une procédure de transfert commune au GHT</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td><b>Références bibliographiques Et / ou réglementaires</b></td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	N° Fiche	Auteur / Pilote	Date de validation				<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retrouver le maximum d'information sur le patient tout au long de son hospitalisation</li> <li>- Améliorer le contenu du DLU</li> <li>- Harmoniser une fiche de liaison IDE</li> <li>- Harmoniser une procédure de transfert</li> <li>- Etudier la possibilité d'un accès à Sillage pour le SSIAD de Conflans</li> </ul>	<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir les besoins d'informations sur la personne âgée au niveau des urgences <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administratif : d'où vient le patient</li> <li>• Coordonnées des proches</li> <li>• Coordonnées du médecin traitant</li> <li>• ATCD</li> <li>• Traitement en cours</li> <li>• Allergies</li> <li>• Transmissions IDE ou AS (pourquoi, symptômes depuis combien de temps)</li> <li>• Directives anticipées</li> </ul> </li> <li>- Créer deux fiches de liaison (via EHPAD et via Domicile) commune au GHT</li> <li>- Créer une procédure de transfert commune au GHT</li> <li>- Créer une check-list, inventaire...</li> </ul>	<b>Acteurs concernés</b>	IDE, AS, Cadre de santé, médecin	<b>Echéancier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche de liaison d'urgences : fin 2017</li> <li>- Procédure de transfert : 1<sup>er</sup> semestre 2018</li> </ul>	<b>Indicateurs de suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'une fiche de liaison d'urgences identique pour l'ensemble des établissements du GHT</li> <li>- Création d'une procédure de transfert commune au GHT</li> </ul>	<b>Références bibliographiques Et / ou réglementaires</b>	
N° Fiche	Auteur / Pilote	Date de validation																			
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retrouver le maximum d'information sur le patient tout au long de son hospitalisation</li> <li>- Améliorer le contenu du DLU</li> <li>- Harmoniser une fiche de liaison IDE</li> <li>- Harmoniser une procédure de transfert</li> <li>- Etudier la possibilité d'un accès à Sillage pour le SSIAD de Conflans</li> </ul>																				
<b>Actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir les besoins d'informations sur la personne âgée au niveau des urgences <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administratif : d'où vient le patient</li> <li>• Coordonnées des proches</li> <li>• Coordonnées du médecin traitant</li> <li>• ATCD</li> <li>• Traitement en cours</li> <li>• Allergies</li> <li>• Transmissions IDE ou AS (pourquoi, symptômes depuis combien de temps)</li> <li>• Directives anticipées</li> </ul> </li> <li>- Créer deux fiches de liaison (via EHPAD et via Domicile) commune au GHT</li> <li>- Créer une procédure de transfert commune au GHT</li> <li>- Créer une check-list, inventaire...</li> </ul>																				
<b>Acteurs concernés</b>	IDE, AS, Cadre de santé, médecin																				
<b>Echéancier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche de liaison d'urgences : fin 2017</li> <li>- Procédure de transfert : 1<sup>er</sup> semestre 2018</li> </ul>																				
<b>Indicateurs de suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'une fiche de liaison d'urgences identique pour l'ensemble des établissements du GHT</li> <li>- Création d'une procédure de transfert commune au GHT</li> </ul>																				
<b>Références bibliographiques Et / ou réglementaires</b>																					

GHT	Axes et orientations	Thématiques et Filières identifiées	Déclinaison en Fiches actions
<b>GHT D</b>	<b>Projet médico-soignant</b> L'angle d'entrée dans le PMSP se fait selon trois volets : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Un volet filière de prise en charge avec 10 filières identifiées,</li> <li>➤ Un volet médico-technique avec l'imagerie médicale, la pharmacie et la biologie,</li> <li>➤ Des volets transversaux précisant les missions hospitalo-universitaires, les liens du GHT avec l'HAD et les liens du GHT avec la ville.</li> </ul> <p><u>Date de dépôt du PMP et PDSP à l'ARS : juillet 2017</u></p>	10 filières identifiées et 3 volets médico-techniques Les filières de soins : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Urgences et soins critiques</li> <li>➤ Gériatrie</li> <li>➤ Cancérologie</li> <li>➤ Gynécologie – obstétrique</li> <li>➤ Pédiatrie</li> <li>➤ AVC – neurologie</li> <li>➤ Pathologies digestives</li> <li>➤ Appareil locomoteur</li> <li>➤ Cardio-pneumo</li> <li>➤ Santé mentale</li> </ul> Le volet médico-technique : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Imagerie médicale</li> <li>➤ Pharmacie</li> <li>➤ Biologie</li> </ul> Les volets transversaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les missions hospitalo-universitaires</li> <li>➤ Les liens avec les partenaires du GHT : lien avec l'HAD</li> <li>➤ Les liens avec les partenaires du GHT : lien avec la ville</li> </ul>	Le PMSP est très complet. L'ensemble des filières est investi. L'axe médical est très développé et concernant l'axe paramédical on le devine en filigrane. Des fiches actions sont réalisées selon la présentation suivante : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pilotage (trinôme Directeur et deux médecins d'EPS différents)</li> <li>➤ Composition du groupe dédié filière de soins identifié</li> <li>➤ Références</li> <li>➤ Calendrier retenu</li> </ul> Un état des lieux précis est réalisé par filière et intègre les caractéristiques de chacun des établissements parties du GHT. La partie soignante est intégrée dans les différentes fiches actions et les actions proposées sont concrètes. Des niveaux de priorisation des actions sont fixés. Pour chacune des thématiques un trinôme est identifié pour le pilotage (un Directeur, deux médecins de CHU ou CH différent) Un « Groupe projet » assure le suivi et fait le lien entre les différents groupes de travail

GHT	Axes et orientations	Thématiques et Filières identifiées	Déclinaison en Fiches actions
GHT E	<p><b>Projet de soins partagé</b></p> <p>Axe 1 : optimiser le parcours de soins de la personne</p> <p>Axe 2 : Accroître le niveau de performance individuel et collectif de l'équipe soignante</p> <p>Axe 3 : développer une culture recherche paramédicale au sein du GHT</p> <p>Axe 4 : Gestion des risques et qualité au sein du GHT</p> <p><u>Date de dépôt du PMP et PDSP à l'ARS : juillet 2017</u></p>	PDSP non communiqué	

ROGER	Fernande	2018
<b>Filière Directeurs des Soins</b> Promotion 2018		
<b>Impact de la coopération</b> <b>Entre Directeurs des Soins d'un GHT sur l'élaboration</b> <b>Du projet de soins partagé</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Ce mémoire professionnel propose une réflexion sur la dynamique de coopération entre directeurs des soins, au service de l'élaboration d'un projet de soins ou d'un projet médico-soignant partagé. En effet, la création des GHT, imposée par l'article 107 de la LMSS de 2016, répond à l'enjeu majeur de l'accessibilité pour tous à des soins sécurisés et de qualité sur le territoire, en s'appuyant notamment sur le concept de coopération.</p> <p>Après un apport théorique et réglementaire sur le GHT, PDSP ou PMSP, et le concept de coopération, nous avons reformulé notre question de départ ainsi : En quoi la coopération entre directeurs des soins des établissements parties d'un même GHT impacte le niveau d'aboutissement du projet de soins du territoire, dans le contexte contraint de la construction des GHT ?</p> <p>L'enquête de terrain s'est déroulée sur cinq GHT, de tailles, de typologies et de régions différentes. Des entretiens semi-directifs menés auprès des directeurs de soins, et l'analyse documentaire des PDSP ou PMSP ont permis d'apporter une réponse au regard de leur perception de la coopération existante, de la contrainte temps et enfin de la structuration et le sens même des PDSP.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Coopération – Directeurs des Soins – Groupement Hospitalier de Territoire – Projet médical partagé – Projet de soins partagé – Projet Médico-Soignant Partagé – Intérêt commun – Partage de pratiques professionnelles – Filières de soins – Parcours de soins</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		