
Filière Direction des Soins

Promotion : **2017**

Date du Jury : **décembre 2017**

**Le directeur des soins et le
Groupement Hospitalier de Territoire :
Une Ressource entre enjeux
identitaires, stratégiques et politiques.**

Cathy LEROY

Remerciements

Ce mémoire est produit dans le cadre de l'année de formation des élèves-directeurs de soins, issus de la promotion Antoine de Saint Exupéry, 2017.

La thématique retenue est née au cours de mes échanges et des rencontres sur le champ professionnel, lors de mes stages et auprès des élèves-directeurs en formation à l'EHESP.

Une revue de la littérature et une réflexion sur les évolutions contextuelles sont venues enrichir les premiers questionnements. Les propos de Paul Ricoeur énonçant « *point de consensus sans dissensus* » viennent en faire écho.

Par ailleurs, la maïeutique de cette production est en synergie avec les hommes et les femmes qui m'ont accompagnée, soutenue, guidée, « *compagnonnée* » au cours de cette première et riche année d'entrée dans la fonction.

A Stéphane, Margaux, Romaric,

A Murielle et Yann,

A mon directeur de filière, à mes maîtres de stage, aux directeurs et aux professionnels dont j'ai croisé la route.

A tous, je leur adresse tous mes sincères remerciements.

Sachons raison garder et humilité préserver.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Premier Chapitre : du contexte aux concepts	6
1.1 Première partie : la thématique de recherche sous l'éclairage des éléments contextuels et de l'évolution des systèmes.....	6
1.1.1 Le champ législatif :.....	6
1.1.2 La place de l'utilisateur au cœur du système de soins :.....	7
1.1.3 Le métier du Directeur des Soins en évolution :.....	9
1.1.4 La mise en place des groupements hospitaliers de territoire impactent les directions des soins :	11
1.2 Seconde partie : des éléments conceptuels pour éclairer le contexte	13
1.2.1 Approche conceptuelle de la compétence :.....	13
1.2.2 Concept multidimensionnel de la légitimité :	15
1.2.3 Concept sociologique de l'identité professionnelle :.....	16
1.2.4 Concept de la coopération entre confiance et pouvoirs :	17
2 Chapitre 2 : méthodologie de l'enquête de terrain	19
2.1 Choix de l'outil : l'enquête qualitative par des entretiens semi-directifs	20
2.2 Un lieu et un public-cible	20
2.3 Du prescrit au réalisé.....	21
2.4 Les limites de la recherche.....	22
2.5 Apports de la recherche	23
2.6 Premiers éléments d'analyses	23
2.6.1 Quelques éléments, extraits des entretiens, servant de préambule.....	23
2.6.2 Questionnement de l'hypothèse 1 :	25
2.6.3 Questionnement de l'hypothèse 2 :	31
2.6.4 Des points de vigilance résiduels :	38
3 Chapitre 3 : préconisations et interrogations issues de la recherche	39
3.1 Quelques préconisations autour de trois axes.....	39
3.1.1 Le Directeur des Soins : une ressource pour travailler et structurer en mode projet : 40	
3.1.2 Impulser une dynamique de territoire :	46
3.1.3 Innover en étant force de propositions consolide la valeur identitaire :.....	50
3.2 Des questions subsistent et nous interpellent.....	52
Conclusion.....	54
Bibliographie.....	56

Textes réglementaires	56
Disponibles sur internet : www.legifrance.gouv.fr	56
Ouvrages	57
Revue- Articles	58
Sites internet.....	58
Liste des annexes.....	II

Liste des sigles utilisés

ARS :	Agence Régionale de Santé
CLIN :	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CGS :	Coordonnateur Général des Soins
CH :	Centre Hospitalier
CHT :	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRSA :	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRUQPC :	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CS :	Conseil de Surveillance
CSIRMT :	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CT :	Conseiller Technique
DG :	Directeur Général
DS :	Directeur des Soins
DSF :	DS en formation
DSG :	DS en gestion
EHESP :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
GCS :	Groupement de coopération sanitaire
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPST :	Hôpital Patient Santé Territoire
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PCME :	Président de CME

Introduction

« *Il faut que tout change pour que rien ne change* », cette déclaration extraite du film italien « le Guépard » de Visconti en 1963, dans un contexte de révolution italienne et de transition entre un ordre ancien et un nouvel ordre, pourrait nous faire écho en ces temps d'incertitude.

Depuis ces dernières décennies, les organisations hospitalières ont connu des modifications sous le joug des politiques publiques et des demandes citoyennes. Que ce soit pour s'adapter à de nouvelles réglementations, aux évolutions, au contexte socio-économique ou à l'accès à de nouvelles technologies, les organisations ne manquent pas de raisons de conduire des changements. En cela, le système hospitalier se caractérise par un mouvement incessant.

Ainsi l'hôpital, depuis les trente dernières années, a connu un ensemble d'évolutions, tant économiques, organisationnelles, sociologiques, culturelles, techniques, que des réformes hospitalières au travers de lois notamment. Tout ceci a impacté son fonctionnement, en transformant des environnements complexes. La période du planisme hospitalier, marquée par la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991¹, dite loi EVIN, a précédé une régionalisation, accomplie au travers de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996², dite ordonnance JUPPE. La mise en œuvre du « plan hôpital 2007 »³ et les suivants ont modifié la gouvernance hospitalière en recentrant le pôle d'activité médicale comme une entité hospitalière de production des soins. Renforcé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009⁴, dite loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) de 2009, le rôle des pôles se voit aujourd'hui réinterrogé à travers la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) n°2016-41 du 26 janvier 2016⁵. En effet, au cœur de cette nouvelle réforme, c'est la notion de parcours de soins territorial qui est questionnée. La place du pôle évolue vers une perspective dynamique et décloisonnée où le management des activités de soins doit amener les professionnels à repenser leurs pratiques, remettant ainsi en question les modes de fonctionnement et de management. Les évolutions du système des activités professionnelles et la perspective d'existence même au cœur de ce système sont questionnées quant à leur devenir. A titre d'exemple, le travail de collaboration entre le système hospitalier et la médecine de ville est aujourd'hui réaffirmé. Cette dynamique est

¹ Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi Evin

² Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, dite ordonnance Juppé

³ « Plan hôpital 2007 » entreprend une première réforme de la gouvernance, suite à l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005.

⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁵ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

sensiblement différente de celle que nous avons connu jusqu'à aujourd'hui. Ainsi de nombreux rapports ont mis en évidence l'hospitalo-centrisme de nos organisations, comme le rapportait le Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2012⁶ portant sur l'hôpital, énonçant qu' « *une évolution du rôle de l'hôpital doit être accompagnée d'une évolution du rôle des autres acteurs du système pour que le besoin de la population soit toujours satisfait* ». Ce d'autant que « *l'interventionnisme de l'hôpital est dénoncé* » et qu'une « *réponse adaptée apporterait une meilleure coordination des intervenant dans le processus de soins* ». L'objectif d'ouvrir l'hôpital vers les partenaires et l'environnement extérieur, dans une véritable approche décloisonnée, représente un enjeu majeur pour les cadres dirigeants de demain. Cet enjeu avec une certaine dynamique structurelle, nécessite que les managers adaptent leurs positionnements, leurs pratiques et leur mode de management pour fédérer les professionnels à de nouvelles synergies dans le système hospitalier. Cela vient ainsi bousculer les schémas classiques des organisations hiérarchisées du travail au travers d'une approche collaborative interprofessionnelle.

Par le prisme de la sociologie des organisations, nous pouvons réaliser un parallèle entre l'institution hospitalière et un système sociologique. Nous pouvons dire que les évolutions du périmètre systémique entraînent une modification de la place de ses acteurs. Or, en référence à l'ouvrage de CROZIER M. et FRIEDBERG E. dans « *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective* »⁷, la modification d'un système entraîne des relations de pouvoirs entre les acteurs pour conserver, réguler voir améliorer leurs places dans l'organisation. Si ces jeux d'acteurs sont parfois conscientisés, ils peuvent aussi être complètement inconscients.

Dans ce contexte, le directeur des soins (DS) peut-il faire l'économie de questionner lui aussi sa place et les attentes liées à sa fonction ? Cela semble d'autant plus s'affirmer que la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 crée de nouvelles fonctions et instances pour les DS. La fonction de coordonnateur des soins au sein d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) en est un exemple. Si le rapport hiérarchique n'est pas établi entre les DS, le lien fonctionnel, lui, est présent et les positionne *de facto* dans un nouvel organigramme. Le changement de périmètre d'action à l'exercice du DS décloisonne sa pratique professionnelle le faisant passer d'une place de dirigeant hospitalier à celui de dirigeant hospitalier territorial.

Ainsi, les DS qui travaillaient, jusqu'à présent, de façon relativement cloisonnée dans leur établissement d'affectation vont devoir, dans le GHT, se rencontrer autour de projets communs, fédérateurs. C'est particulièrement ici que la capacité de

⁶ Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2012 : L'hôpital. Ed. La Documentation Française.

⁷ CROZIER M. et FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective* » Ed. Seuil.

positionnement des DS nous semble essentielle et pertinente pour notre futur exercice. C'est autour de cette question que nous souhaitons aborder notre démarche de recherche. Notre future affectation en janvier 2018 va nous projeter directement dans une place d'acteur de ces changements. Nous souhaitons comprendre les enjeux liés à notre prochaine pratique, la place que nous aurons à prendre dans ce contexte et les ressources que nous pourrions apporter légitimement.

Si l'histoire de notre profession a été ponctuée par des évolutions qui ont amené nos « ancêtres » et prédécesseurs professionnels à faire reconnaître notre corps professionnel comme présentant une plus-value dans le fonctionnement des équipes de direction, l'enjeu de positionnement territorial des DS aujourd'hui est fort pour que nous puissions continuer à incarner des valeurs ajoutées dans les équipes de direction. Un enjeu qui nécessite de penser l'évolution professionnelle des DS pour que ces évolutions aient un sens partagé entre les Directions des Soins.

Si nous employons le terme DS au pluriel, c'est que ce défi peut notamment s'incarner autour d'objectifs de travail communs et fédérateurs que nous pouvons retrouver au cœur de la notion de projet de soins partagé au sein du GHT. Cette première étape qui vise à composer le socle des valeurs soignantes sur le territoire est un élément liminaire qui, à notre sens, relève du positionnement des DS dans le territoire. En effet, le projet de soins est composé de différentes parties qui déclinent les axes du projet de territoire, du projet médical en mettant ainsi en avant les valeurs soignantes.

L'idée centrale est bien de fédérer des forces antagonistes autour d'un projet commun. Il est à rappeler que le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002⁸, portant statut particulier des Directeurs des Soins de la fonction publique hospitalière, stipule que : « *Le Directeur des Soins, coordonnateur général des soins, exerce des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique... Il élabore, avec l'ensemble des professionnels concernés, le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité* ».

Lors de notre prise de fonction, nous serons amenés à accompagner la mise en œuvre de ce projet de soins et à l'accompagner dans une dimension décloisonnée et territoriale. Il est bien de rappeler que le thème du décloisonnement et la recherche d'une meilleure coordination entre les acteurs concourant à un même projet ou contribuant au fonctionnement d'un même processus apparaissent avec force, depuis quelques années, dans les réflexions sur les actions de changement à conduire.

Ainsi, la conduite d'un projet de soins médico-soignant, dans cette dynamique, est un enjeu managérial pour le Directeur des Soins

⁸ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 , portant statut particulier des Directeurs des Soins de la fonction publique hospitalière

Cette étape se réalise de façon participative entre les DS du territoire et les autres acteurs du projet de GHT. Aussi, la construction des projets de soins nous apparaît comme une étape fondatrice à la notion d'identité professionnelle. Les échanges et les débats vont être des catalyseurs à cette évolution.

Dans ce contexte, l'élaboration d'un projet de soins collectif, médico-soignant se fonde sur une participation élargie des acteurs, impliquant des périodes de confrontation de valeurs et de prise de conscience de projets communs partagés. Concevoir un projet de façon solidaire et complémentaire, concevant ainsi le projet de soins et le projet médical, permet d'aborder la notion des identités professionnelles sous l'angle de l'harmonisation comme élément structurant pour la profession des DS.

Au travers de notre exercice professionnel précédent, au sein d'une unité à dimension régionale, nous avons pu vivre la question du décloisonnement dans l'approche clinique avec des partenaires appartenant au champ du médico-social, de l'éducation nationale ou de l'entrepreneuriat. Une première question avait pu être autour du « *comment travailler ensemble* ». Comment chaque acteur pouvait apporter sa compétence au sein d'un projet co-construit, clairement défini à destination d'un même public d'utilisateurs. Chacun, dans une juste mesure et dans la pluridisciplinarité, avait alors pu participer, animer, apporter sa compétence, ses connaissances et se nourrir de cet ensemble diversifié. Avec une certaine transposition, ce même questionnement est apparu également au cours des échanges professionnels lors du premier stage en immersion dans la fonction de DS au cours de la formation EHESP. Le périmètre et le contexte de réflexion ont toutefois changé puisque, cette fois-ci, les acteurs sur lesquels se pose le questionnement sont les DS au sein du GHT, travaillant ensemble autour d'un projet fédérateur et commun.

Au regard de l'ensemble de ces premières réflexions, notre question centrale s'exprime dans les termes suivants :

Dans quelles mesures, la place du DS dans l'élaboration du projet (médico-soignant) du GHT mobilise la question du travailler ensemble et interpelle le mode de management du DS avec ses alter-égo ?

De cette question centrale, nous émettons deux hypothèses.

La première est que « **le DS se positionne comme un directeur ressource apportant une légitimité attendue et centrée sur le parcours soignant, comme élément fédérateur** ».

Et, la seconde annonce qu' « **une équipe de DS territoriale apporte une réelle plus-value et contribue à une réelle dynamique territoriale par une gouvernance collaborative** ».

Pour mener à bien ce travail, nous accompagnerons le lecteur au sein des références théoriques (chapitre 1), en premier lieu réglementaires puis vers d'autres concepts comme l'identité professionnelle du métier de DS en évolution, le phénomène de légitimité, le processus de coopération : tout ce qui construit le métier de DS comme acteur-ressource, nécessairement en adaptation. Dans ce contexte et inscrit dans ce changement, cela vient interpeller le mode de management du DS, les jeux d'acteurs et les (en)-jeux de pouvoirs.

Nous présenterons ensuite les résultats de notre enquête de terrain qualitative (chapitre 2), explorant les champs collaboratifs entre DS, les plus-values interprofessionnelles et les ressources transprofessionnelles.

Nous aborderons ensuite, en toute humilité, les axes de réponse et les préconisations (chapitre 3), en écho à notre question centrale, que nous pourrions traduire dans notre fonction prochaine.

1 Premier Chapitre : du contexte aux concepts

1.1 Première partie : la thématique de recherche sous l'éclairage des éléments contextuels et de l'évolution des systèmes

Comprendre le thème que nous retenons nécessite un apport de connaissances contextualisé sur des aspects au niveau législatif, la réorganisation territoriale du système de soins, la place prépondérante des partenaires comme celle des usagers et l'impact sur le professionnel, notamment le directeur des soins.

1.1.1 Le champ législatif :

L'organisation hospitalière fait l'objet de propositions de réformes. La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991⁹, a voulu que le malade soit placé « au centre » des projets d'établissement et préconise les regroupements de services. Renforcée par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996¹⁰, cette organisation est reprise dans le « plan hôpital 2007 ». Ainsi, l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005¹¹ impose une structuration en pôle, soit par discipline, type de filière, ou logique client fournisseur... Cela doit « *permettre le décloisonnement des hôpitaux et ainsi, améliorer la prise en charge des patients, aussi bien que la qualité du travail pluridisciplinaire* »

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009¹² portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a défini dans son titre IV les modalités d'organisation de la prise en charge des patients sur les territoires. L'objectif est d'offrir aux patients des parcours de prise en charge transversaux et coordonnés définis de manière plus décentralisée afin de mieux répondre aux besoins des patients. Plusieurs modalités permettent de répondre à ces objectifs : les Agences Régionales de Santé (ARS) ont été constituées avec comme mission essentielle les « *déclinaisons et mise en œuvre régionale de la politique nationale de santé, afin de veiller à la gestion efficiente du dispositif sanitaire, social et médico-social* ». Il leur a été attribué pour cela un champ de compétences élargi dans le secteur sanitaire et dans le secteur médico-social. De nouveaux outils ont été créés pour favoriser ces actions de territoire. Ainsi, le titre I de cette même loi, prévoit la possibilité pour les établissements publics de santé de constituer des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), structures de

⁹ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

¹⁰ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

¹¹ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

¹² Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

coopérations fonctionnelles ne disposant pas de personnalité morale. Ces CHT, créées sur la base du volontariat, ont pour objet de développer des coopérations entre les établissements contractants. La définition d'une offre de soins fondée sur les besoins des populations et la contribution à une prise en charge coordonnée des patients sur le territoire constitue une priorité. Il s'agit ainsi de développer une stratégie commune pour passer des prises en charge successives par établissement à un réel parcours de soins fondé sur les besoins de la population.

La loi HPST préconise la mise en place d'une offre de soins de qualité et accessible à tous dans le respect des missions du service public hospitalier. Cette loi est un projet d'organisation sanitaire dont l'objectif est de mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous pour satisfaire les besoins de santé des usagers. Elle pose le principe de complémentarité et de coopération entre les acteurs du système de santé. Le décloisonnement entre les soins (ambulatoires, hospitaliers et le secteur médico-social) est rendu possible par une politique de territoire placée sous l'égide des agences régionales de santé (ARS). La déconcentration des pouvoirs laisse aux ARS le soin d'organiser l'offre de soins sur leurs territoires. De nouveaux instruments juridiques de coopération sanitaire comme les communautés hospitalières de territoire (CHT) et les groupements de coopération sanitaire (GCS) apparaissent. La loi HPST modifie la gouvernance interne des établissements de santé, le rôle des acteurs change : le directeur d'établissement est responsable de la politique générale, il préside un directoire, instance de pilotage stratégique, de discussion et de décision au sein de laquelle le DS est membre de droit. Le directeur voit ses pouvoirs élargis en matière de décision et de nomination.

Dans ce contexte d'évolutions, sur un versant politique de santé publique, le patient a pris une place non négligeable et néanmoins constructive.

1.1.2 La place de l'usager au cœur du système de soins :

Si la représentation institutionnelle des usagers dans le système de santé a été tardive en France, elle a beaucoup évolué ces dernières années. Avec l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996, les représentants des usagers ont pu participer au conseil d'administration des hôpitaux, avec une voix délibérative. Ils ont également pu devenir membres de la commission de conciliation et participer au comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). La loi HPST a conforté cette implication des représentants des usagers au sein des différentes instances et commissions comme le conseil de surveillance, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Quant à la loi n° 2002-303 du 04 mars 2002¹³, qui énonce les droits et devoirs des patients, elle place l'utilisateur comme acteur du système de santé. Les établissements doivent garantir un égal accès aux soins, assurer leurs continuités et également la sécurité sanitaire. La loi aborde la notion de « *démocratie sanitaire* », elle a renforcé la participation des associations de patients aux instances de santé au niveau régional et au sein de l'hôpital. Ainsi sur le plan régional, les associations participent aux conférences régionales de santé qui deviennent, avec la loi HPST, les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA). Le directeur de l'ARS met en place une CRSA sur chaque territoire de la région. Elles sont consultées par les ARS et émettent un avis à propos du programme régional de santé. Elles veillent à la bonne réalisation des programmes territoriaux de santé et peuvent organiser un débat public sur les questions de santé de leur choix.

La loi du 21 juillet 2009 qui vise à garantir un égal accès à des soins sûrs et de qualité aux personnes malades préconise de repenser l'organisation de l'offre de soins et de rendre plus lisible les parcours de soins. L'objectif est de créer des passerelles entre les soins de ville, l'hôpital, la prévention et le secteur médico-social dans une réelle dimension et une approche décloisonnée.

La prise en charge des patients, notamment atteints de pathologies chroniques, constitue à la fois un enjeu de santé publique et un enjeu économique (allongement de l'espérance de vie, progrès technologiques de la médecine). La stratégie nationale de santé inscrit le service public dans les parcours et les filières de soins. L'hôpital public devient avec d'autres partenaires (comme le champ médico-social) la « colonne vertébrale » des réseaux et filières sur le territoire. Le lien se constitue entre la proximité et le recours en raison des compétences présentes sur le territoire et des missions de service public. Les parcours de soins se constituent en accordant à l'ensemble des acteurs de santé présents sur le territoire un rôle responsable dans le maillage des prises en charge des usagers.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le champ de la santé intègre la prise en charge sanitaire et sociale de l'utilisateur. L'optimisation des parcours des patients devient un axe transversal structurant des systèmes de santé. La population doit recevoir « *les bons soins, par les bons professionnels, dans la bonne structure et au bon moment et au meilleur coût* ». La Haute Autorité en Santé (HAS) a élaboré des guides « parcours de soins »¹⁴ qui décrivent la prise en charge usuelle du patient et cible les professionnels concernés et leur rôle. Le parcours de soins consiste à organiser une prise en charge globale et continue du patient au sein du territoire de santé, tout en restant proche de son lieu de vie. Cela va donc nécessiter une coordination des acteurs du champ de la

¹³ Loi N° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹⁴ Haute Autorité de Santé, outils et méthodes : guide parcours de soins. www.has-sante.fr

prévention, du sanitaire, du social et du médico-social. Les déterminants de la santé comme l'hygiène, l'éducation, le mode de vie, le milieu professionnel et l'environnement seront alors pris en compte dans le parcours du patient.

Cette démarche est donc transversale sur le territoire et nécessite que les établissements de santé développent des coopérations avec d'autres structures (médico-sociales, sociales ou sanitaires) et des acteurs, dans une posture de collaboration. En ce sens, les directeurs de soins trouvent une place pertinente à saisir. En effet, la nécessité de concevoir, de façon solidaire et complémentaire, le Projet Médical et Projet de Soins, en interaction avec l'environnement, apparaît alors indispensable pour la personne soignée qui est ainsi considérée dans des dimensions plurielles que ce soit biologique, psychologique, sociale et spirituelle.

Par ailleurs, La dimension du projet de soins médico-soignant propose ainsi d'acquérir une culture globale, comme facteur d'intégration et de gestion des diversités professionnelles. La notion de performance collective, de mise en cohérence des compétences et des moyens au service de la personne soignée favoriserait alors une approche fédératrice.

Impulser cette dynamique transversale apparaît comme une opportunité pour le directeur des soins qui a connu par ailleurs des évolutions profondes liées aux évolutions contextuelles.

1.1.3 Le métier du Directeur des Soins en évolution :

Le décret statutaire n° 75-245 du 11 avril 1975¹⁵, suivi de la circulaire d'application du 31 juillet 1975, donne naissance à la fonction d'infirmier général. Le contexte économique est alors difficile et le législateur cherche des solutions pour réduire les dépenses de santé. Il restructure l'hôpital avec des directeurs d'établissements qui ont besoin d'un professionnel pouvant assurer l'organisation des soins. L'infirmier général est alors un soignant dont l'expertise est mise au service du management des soins. Le changement se poursuit avec le décret n° 89-759 du 18 octobre 1989¹⁶. L'infirmier général intègre l'équipe de direction, assurant la direction du service de soins infirmiers de l'établissement. Il rend compte du fonctionnement du service de soins dans un rapport annuel d'activité qui doit être remis au directeur de l'établissement. Sa place au sein de l'équipe de direction sera renforcée avec la loi du 31 juillet 1991. Afin de permettre aux paramédicaux de participer à l'élaboration du projet d'établissement, le législateur a créé la commission du service de soins infirmiers, instance représentative des cadres de santé, infirmiers et aides-soignants. L'infirmier général préside cette commission qui va

¹⁵ Décret n°75-245 du 11 avril 1975, relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers généraux des établissements d'hospitalisations publics.

¹⁶ Décret n°89-759 du 18 octobre 1989 relatif au classement indiciaire des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.

définir les orientations du projet de soins infirmiers. Ce dernier va alors constituer un volet du projet d'établissement.

Le changement radical pour l'infirmier général va s'opérer avec le décret statutaire n°2002-550 du 19 avril 2002¹⁷, l'infirmier général devient le Directeur de Soins. Il est président de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et MédicoTechniques (CSIRMT).

Avec la loi HPST du 21 juillet 2009, la CSIRMT a gagné en légitimité, ses membres sont élus et non plus tirés au sort. Toutefois elle n'est pas consultée pour le projet d'établissement. Le directeur des soins, en tant que président de la CSIRMT, est membre de droit du directoire. Il participe également au conseil de surveillance (CS) et à la commission médicale d'établissement (CME). Le DS fait partie de l'équipe de direction de l'établissement de santé. Ses missions prennent alors une dimension plus politique et stratégique. En même temps, la nouvelle gouvernance des hôpitaux avec la mise en place des pôles a entraîné un changement de positionnement des DS. Il devient le garant de la répartition équilibrée des ressources entre les pôles, il coordonne les parcours professionnels des agents sous sa responsabilité.

Le métier de DS a connu des évolutions importantes en quarante années, le législateur a tenté d'adapter les missions et activités du DS à la nouvelle gouvernance mise en place dans les établissements de santé. Ainsi, le directeur des soins est au cœur du changement dans l'évolution du paysage hospitalier, depuis l'ordonnance n° 2005-406 du 02 mai 2005¹⁸. Le pôle d'activité comme élément essentiel de l'organisation médicale à l'hôpital public, amène le DS à se positionner différemment. Le DS se voit confier diverses missions dont l'élaboration du projet de soins, la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins. Il aura également à veiller aux conditions d'accueil et de prise en charge de l'usager. Il sera garant de la politique de développement professionnel continu des professionnels placés sous sa responsabilité. L'organisation en pôle d'activité médicale nécessite qu'il travaille en étroite collaboration avec les équipes paramédicales afin d'organiser, de contrôler et d'évaluer la mise en œuvre de la politique des soins de l'établissement. Il va coordonner l'organisation et la réalisation des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Il a une mission d'animation et d'encadrement des équipes soignantes.

Depuis la loi HPST, comme il est stipulé dans le référentiel métier des DS¹⁹, ce dernier « *voit ses missions renforcées au niveau stratégique, clairement identifiées, en complément des missions de niveau plus opérationnel. Il doit connaître l'environnement et*

¹⁷ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier des Directeurs des Soins de la fonction publique hospitalière.

¹⁸ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

¹⁹ Référentiel métier du Directeur des Soins.

les différents acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux du territoire afin de positionner l'offre en soins de l'établissement, en cohérence avec les besoins des populations définis par territoire avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ».

La place du DS au sein de l'équipe de direction en fait un conseiller éclairé du directeur général, notamment en termes d'organisation des services de soins, ayant une vision transversale des activités de l'établissement. Il doit toutefois respecter les compétences déléguées au chef de pôle notamment dans le cadre du recrutement des personnels, les remplacements de personnels non permanents ou certaines dépenses en formation.

L'évolution statutaire vient interpeller une notion autre que celle de la compétence incombant au directeur des soins. Par ailleurs, le contexte environnemental et professionnel lui-même en évolution viennent impacter les différentes dimensions et champs d'exercice.

1.1.4 La mise en place des groupements hospitaliers de territoire impactent les directions des soins :

Le contexte français de la mise en œuvre des politiques de santé publique a été soumis à de nombreuses influences avec une reconnaissance de l'échelon territoriale comme espaces de décision et d'implantation. L'offre de soins se réorganise pour répondre aux attentes et besoins de santé des populations, réduire les inégalités constatées au niveau social et territorial, accroître la qualité et la sécurité des prises en charges.

Le groupement hospitalier de territoire, dit GHT²⁰, est le dernier né des dispositifs de coopération, promus depuis de nombreuses années dans les politiques de santé françaises. Perçu comme un moyen d'amélioration de l'efficacité et de l'organisation des parcours, par la mise en place de projets communs, il interroge naturellement sur les rôles et la structure des directions, notamment celle des directions des soins, dans une dimension territoriale.

L'approche de la santé est ainsi plus globale dans les territoires, au niveau des institutions qui s'efforcent de décloisonner leurs missions, impliquant les professionnels dans la mise en œuvre des actions. La dynamique de santé est variable en fonction des régions et ce défi majeur mobilise l'ensemble des partenaires de santé dans de nouvelles pratiques managériales, instaurant de nouvelles relations avec les partenaires.

Le niveau régional est un lieu d'intégration et se montre comme un carrefour stratégique pour la mise en œuvre de la politique d'Etat et les projets locaux.

²⁰ GHT mode d'emploi, Vade-mecum, www.social-sante.gouv.fr/ght (Annexe 1).

Dans ce contexte, les professionnels se repositionnent et s'ajustent aux nécessités de changement.

Qu'y a-t-il alors à y gagner ? La notion du donnant-donnant s'applique dans cette situation. Ainsi ALTER N.²¹ explique que « *donner suppose de sacrifier une partie de ses ressources...Coopérer suppose ainsi un effort supplémentaire.* ». Cet effort se situe dans la nécessité de développer certaines compétences chez les professionnels au regard des nombreuses spécialités médicales. Ce même auteur explique que « *la coopération ne se réduit pas à la coordination technique. La coopération émane d'un milieu qui s'arrange avec les règles de gestion pour parvenir à produire la compétence collective* ». La notion de compétence collective est primordiale, elle s'acquiert par l'expérience sur le terrain, ce sont les experts du service qui vont « tutorer » leur collègue, transférer leurs compétences.

Le rôle du DS est de faciliter les coopérations entre les structures autour d'un projet commun et partagé afin que les patients bénéficient de soins de qualité. Le projet médical commun ou médico-soignant selon les territoires est considéré comme la pierre angulaire, le socle fondateur du GHT. Il est à la fois le document stratégique, le traité de subsidiarité et le référentiel de qualité. Le premier élément qui caractérise ce projet est avant tout l'aventure humaine et collective. Chaque acteur apprend à se connaître et à se respecter. Etablir ce document trouve sa base de travail dans le diagnostic territorial, analysant le bassin d'attraction, les flux de patientèle, les acteurs en place, les ressources mobilisables et les innovations marquantes. Fédérer autour d'un diagnostic partagé permet d'adopter une vision commune, valorisant les parcours, les filières, renforçant les synergies.

Si le défi est relevé, la confiance en est le pari et dans ce nouveau contexte territorialisé, le DS est alors amené à piloter des changements qui nécessitent la mise en place d'une nouvelle stratégie.

Selon l'école de la conception telle que la décrit MINTZBERG H.²² dans son ouvrage, la stratégie est alors de proposer des objectifs en cohérence avec les orientations de l'établissement. Elle s'adapte à l'environnement extérieur, en tenant compte des changements en œuvre et participe au maintien d'un avantage sur le plan concurrentiel au niveau du territoire. Dans ce cadre, il est d'autant plus pertinent que le DS s'appuie sur l'équipe des directeurs pour conduire les changements. MINTZBERG H. parle de « *l'incrémentalisme logique* ». Ce procédé consiste à développer une vision stratégique dont l'acteur central est l'équipe de directeurs des soins dont le pilotage est assuré par un DS.

²¹ ALTER N., 2009, *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, La Découverte, coll. « textes à l'appui ».

²² MINTZBERG H., 2003, *Le pouvoir des organisations*. Ed. D'organisation.

L'objectif est de promouvoir des perspectives stratégiques qui sont en constant mouvement et qui tendent à l'amélioration du système.

Reste à définir quel sera le pilote ? Le DS peut-il être une ressource en ce sens ?

1.2 Seconde partie : des éléments conceptuels pour éclairer le contexte

Si la question centrale interpelle notamment le « *travailler ensemble* », entre alter-ego (ou alter-égaux pourrions-nous questionner ?), les deux hypothèses cernent le mot « *ressource* ». Attachons-nous aux premiers mots-clefs comme la compétence, la légitimité. Sommes-nous professionnels–ressources car nos compétences sont mobilisables selon le contexte défini ? Ou bien la ressource est-elle liée à la légitimité de la fonction ?

Nous définissons ensuite la notion d'identité professionnelle, supposant que les évolutions contextuelles, rapides et mouvantes, viennent les changer, intrinsèquement. Enfin, nous aborderons la notion de la coopération, qui permet de donner sens dans un « *travailler ensemble* » autour d'un projet fédérateur, parfois co-construit.

La partie suivante s'attache ainsi à définir ces quelques concepts.

1.2.1 Approche conceptuelle de la compétence :

Longtemps, l'analyse du travail s'est centrée sur la productivité avec des outils développés par les gestionnaires pour accroître la rentabilité des entreprises. Dans le contexte des crises successives qui ont traversé le système du travail, des modifications profondes sont apparues venant bouleverser les valeurs dominantes du travail. Les changements des activités ont alors nécessité une nouvelle organisation avec de nouveaux indicateurs et une formalisation des processus tant individuels que collectifs.

L'homme est alors au cœur de l'entreprise, comme acteur et opérateur singulier, construisant sa compétence d'une façon qui lui appartient et qui lui est propre. Par ailleurs, l'entreprise « investit » sur la ressource humaine. La conjoncture des deux engendre une possible évaluation de la performance avec des objectifs et des indicateurs précis, ainsi qu'une satisfaction pour l'opérateur lui-même²³.

Historiquement, le mot « compétence » vient du terme latin « *competens* » ou « *cum* » et « *petere* » soit convenir, être adapté à. Pour Le Robert, la compétence désigne « *une connaissance approfondie, reconnue, conférant le droit de juger ou de décider en certaines manières* ».

²³ FALZON P. et TEIGER C., 2011, *Traité des sciences et des technologies de la formation*, Ed. Dunod.

De nombreux auteurs ont donné une définition au terme « compétence ». Certains auteurs, dont LE BOTERF G.²⁴, s'accordent pour dire qu'il manque une décision forte de cette notion polysémique. WITTORSKI R.²⁵, quant à lui, introduit la notion de reconnaissance sociale dans l'action : *« finalisée, la compétence est produite par un individu ou un collectif dans une situation donnée et elle est nommée/reconnue socialement. Elle correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'acteur de la situation »*.

Après une brève revue de littérature, nous nous attachons plus spécifiquement à l'approche donnée par ZARIFIAN Ph. qui aborde la dimension du changement d'attitude sociale et des groupes humains envers le travail et son organisation. Selon cet auteur²⁶ *« la compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté (...) une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises, les transforment, avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente »*. Pour CADIN L., GUÉRIN F. et PIGEYRE F.²⁷, *« si la compétence appartient en propre à chaque individu, elle ne peut s'exprimer que par la rencontre concrète avec une situation de travail particulière »*. Ils précisent que la compétence *« sert à repenser la contribution du salarié à la performance de l'entreprise »*. C'est donc dans le cadre d'une situation de travail que le professionnel va développer ses savoirs.

Dans notre approche systémique, le directeur des soins développe diverses compétences pendant son année de formation, notamment lors de sa mise en situation professionnelle sur les terrains de stage. Les savoirs théoriques y sont mobilisés lors de l'apprentissage par l'expérience. Par ailleurs, l'avancée des technologies, la diversité des spécialités de médecine et les évolutions organisationnelles participent à la nécessité, pour les professionnels, de s'inscrire dans le cercle vertueux des compétences tel que ZARIFIAN Ph. le décrit dans son ouvrage.

Schématiquement, ce dernier précise que le choix d'une organisation engendre un développement de compétence amenant une évolution positive de l'organisation. Ce sont les compétences mobilisées qui permettent à l'organisation d'évoluer. Chaque acteur, comme le DS, participe à ce processus qui doit être accompagné au niveau stratégique par les équipes de direction.

Si la responsabilité des personnels paramédicaux incombe au DS qui devra mettre en place un management adapté aux évolutions de l'hôpital, ce modèle est alors à

²⁴ LE BOTERF G., 2013, *Construire les compétences individuelles et collectives : le modèle : agir et réussir avec les compétences*, 6^{ème} édition, Ed. d'Organisations.

²⁵ WITTORSKI R., 2008, *La professionnalisation*, Revue Savoirs, Ed. L'Harmattan.

²⁶ ZARIFIAN Ph., 2004, *Le modèle de la compétence*, Ed. Liaisons.

²⁷ CADIN L., GUÉRIN F. et PIGEYRE F., 2002, *Gestion des ressources humaines : pratiques et éléments de théorie*, Ed. Dunod.

transposer à la dimension territoriale comme le présente à présent la loi de modernisation de notre système de santé de 2016²⁸. Le positionnement du DS est, ainsi, à prendre en compte au niveau de la dimension territoriale. Il n'est plus seul dans un micro-système hospitalier. La dimension se transpose alors dans une position macro, avec des collaborateurs, incarnés par les autres directeurs de soins des établissements intégrés dans le GHT. Comme l'évoque BATAL Ch.²⁹ dans les propos introductifs de son dernier ouvrage « *les compétences ont un défi à relever : celui de leur obsolescence programmée et de leur renouvellement perpétuel de plus en plus rapide* ».

Abordons à présent le concept de légitimité qui se trouve être au cœur de l'action et de la compétence.

1.2.2 Concept multidimensionnel de la légitimité :

L'idée de légitimité est un concept multidimensionnel à la confluence de la légalité, de l'efficacité et de l'éthique³⁰.

Etymologiquement, la légitimité est la qualité de ce qui est légitime. La légitimité est le droit reconnu à une personne de parler et d'agir au nom de principes, valeurs, règles, lois. Elle se réclame de principes de nature variée (morale, politique, normes...) et relève de domaines divers, notamment de métiers. Originellement, la légitimité concerne le pouvoir.³¹ Les dernières recherches centrées sur l'analyse du travail et des pratiques professionnelles présentent que la formation et l'activité professionnelle peuvent être génératrices de savoirs et permettre le développement de compétences et de construction identitaire, mûes par l'action orientée vers une recherche d'efficacité. Ainsi, la légitimité pousse à agir, dans le « *pouvoir de faire* ». ³²

Selon le sociologue WEBER M.³³, la domination est toujours légitime et le concept de légitimité se rapporte à la notion de reconnaissance sociale. C'est socialement que se définit la légitimité. Il montre qu'aux fondements anciens de la légitimité s'y ajoutent les références à la loi et à la rationalité, entre l'exercice de la domination et les actes des individus. HABERMAS J.³⁴ introduit à la légitimité du pouvoir, celle de la participation des citoyens et la coopération entre individus. La démocratie participative a élargi le champ de la légitimité passant des domaines du pouvoir, du statut et de la compétence à celle des actes et de l'expression de l'individu. Il rappelle qu' « *un contrat fonde une norme que les parties contractantes reconnaissent et que ce qui importe est l'éthique*

²⁸ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 portant sur la modernisation de notre système de santé.

²⁹ BATAL Ch., 2016, *(R)évolution du management des ressources humaines*. Ed. Septentrion.

³⁰ DEVREESE E., Février 2002, *Légitimité du directeur et jeu des acteurs*. Revue hospitalière de France. Vol.2002.

³¹ Encyclopédie UNIVERSALIS.

³² MOHIB N. et SONNTAG M., *La légitimité au cœur de l'action et de la compétence*. 7^{ème} biennale de l'éducation et de la formation. www.inrp.fr

³³ WEBER M., 1996, *Le savant et le politique*, Ed. 10/18.

³⁴ HABERMAS J., 1999, *De l'éthique de la discussion*. Ed. Flammarion.

communicationnelle et la force de l'argumentation ». La légitimité se « *diffRACTe entre compromis, ajustements et interaction entre individus mettant en jeu les paroles et les actes* ». Le concept même évolue. Les revendications de légitimité questionnent et interpellent les valeurs, les normes, les institutions, la posture. Récemment, ROSANVALLON P.³⁵ fonde la légitimité démocratique assurant aux individus une « *égalité des possibles et des capacités* ». Dans cette optique, s'intéresser aux compétences renvoie au développement de celles-ci dans un « *environnement capacitant* », permettant la construction du sens au travail avec des objectifs clairement définis.

Le concept-clé n'est plus celui du pouvoir comme domination mais celui de la négociation, de la participation. A présent, l'expression de revendications de légitimité touche des ensembles pluriels entre droit, compétences, reconnaissances individuelles et collectives, voire conflits³⁶.

La compréhension des liens, entre nos valeurs, nos compétences et nos actions repose ainsi la reconnaissance de l'autre et à reconnaître sa légitimité et donc son identité professionnelle.

1.2.3 Concept sociologique de l'identité professionnelle :

DUBAR Cl.³⁷, dans les années 60, s'interroge sur l'évolution de l'emploi, les influences sur ces mutations, sur le sens du travail et la composante des identités professionnelles dans le rapport au travail, dans l'engagement de soi dans l'activité et la reconnaissance de soi par les partenaires. Auparavant, SAINSAULIEU R.³⁸ appelait les « *identités au travail* » des « *modèles culturels* » où les logiques d'acteurs étaient sous une « *forme relationnelle* ». (Annexe 2). Pour DUBAR Cl., les identités professionnelles s'inscrivent dans des trajectoires, au cours de la vie. L'acteur doit être capable de tenir une position et de construire une action entreprenante et performante. L'innovation est une force productive décisive et rationnelle. Le travail est alors une activité de résolution de problèmes. Ce n'est plus une exécution de consignes établies. Le travail est alors un enjeu de reconnaissance de soi, porteur d'exigences dans une logique de compétence. Les individus sont alors responsables de l'acquisition et de l'entretien de leurs compétences. La formation notamment continue est un enjeu stratégique pour mettre en valeur le « *savoir, savoir-être, savoir-faire* ». Pour autant, le travail tend à développer une

³⁵ ROSANVALLON P., 2008, *La légitimité démocratique*. Ed. Seuil.

³⁶ HATZFELD H., 2013, *Légitimité*, Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation.

³⁷ DUBAR C., 1994, *Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel*. Traité de sociologie.

³⁸ SAINSAULIEU R., 2014, *L'identité au travail ; les effets culturels de l'organisation*, Ed. Presses de Sciences Po.

relation de service, en mettant la confiance au cœur de la relation entre la recherche de la satisfaction du patient, dans notre situation, et l'exigence de la qualité.

La conversion identitaire réside alors dans la capacité à réagir aux évolutions environnementales, à répondre aux attentes et à anticiper les besoins. Pour DUBAR Cl., la progression de la problématique de l'identité marque également la revendication de la reconnaissance. Parmi les différentes formes identitaires que nomme l'auteur, nous nous attachons à celle de l' « *identité de réseau* » qui engendre une reconstruction d'une « *forme sociétale, volontaire et incertaine* ». L'identité collective s'inscrit dans un processus d'élaboration, de négociation, de normes et de repères communs. Ce modèle se tourne vers une « *réalisation de soi* », l'épanouissement individuel, dans un contexte de compétition et organisé dans un parcours de « *mobilités volontaires* ».

Comment concilier changement et identité ? Pour HERACLITE, cela est possible car tout est en perpétuel mouvement. Cependant, ERIKSON E.³⁹ énonce que les relations sociales jouent un rôle important dans la construction de la personnalité et de l'identité et le processus permet de comprendre le rôle que nous cherchons à jouer. Le sociologue KAUFMANN J-Cl.⁴⁰ note que l'identité est un processus « *marqué historiquement et lié à la modernité* ». L'identité est alors protéiforme et se construit. C'est pour lui un système d'intégration du sens. Les institutions occupent une place importante dans la construction identitaire de l'individu avec le paradoxe que la dimension individuelle s'exprime dans une appartenance aux groupes et donc à une identité collective.

GROSSER A.⁴¹, historien, note que le terme d'identité est galvaudé. KAUFMANN J-Cl reprécise que, dans le sens commun, l'identité est en construction, articulant l'individu aux groupes et à la société.

La notion d'identité aborde une dimension plus collective. Dans notre cas, le travail fédérateur autour du projet de soins nous renvoie à la notion de coopération, dans sa dimension collective.

1.2.4 Concept de la coopération entre confiance et pouvoirs :

La coopération présente différentes formes. Le dictionnaire culturel en langue française précise que le mot « *coopération* » est issu du latin « *cooperatio* » signifiant « *part prise à une œuvre en commun* », ce qui le distingue de la coordination. Deux conceptions coexistent entre la coopération « *complémentaire* » et la coopération « *communautaire* ». La poursuite d'objectifs présents vient enrichir toute coopération, pouvant également offrir des opportunités.

³⁹ ERIKSON E., 1978, *Adolescence et crise. La quête de l'identité*, Ed.Flammarion

⁴⁰ KAUFMANN JCl., 2004, *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*. Ed.Armand Colin.

⁴¹ GROSSER A, 28 janvier 1994, Les identités abusives. Le Monde.

DEL COURT L.⁴² suppose que la coopération amène un rapport d'équité, mobilisant les ressources de chacune des parties engagées. BERNOUX Ph.⁴³ quant à lui, évoque que la notion de coopération peut être remise en cause lorsque la culture d'entreprise existe et correspond à un partage de valeurs et de conduite partagée et d'identité collective. Tout acteur, dans un processus décisionnel, doit s'adapter entre théorie des enjeux, coopération et sauvegarde de ses propres intérêts. Sous un angle social, les intentions d'autrui sont prises en compte, conduisant à une coopération opportuniste, dans une recherche d'équité.

Rappelons que le développement de coopérations, au sens de partenariat entre des acteurs, modifie le système de représentations et de relations au cours d'un processus de changement. Par ailleurs, des facteurs psychologiques sont à prendre en compte, entre altruisme et confiance.

L'altruisme pourrait renvoyer à la motivation au sens donné par MUCCHIELI A.⁴⁴. Ainsi, dans une organisation, les individus sont en recherche avec d'autres pour effectuer leurs tâches. Si les habitudes permettent l'acquisition d'un comportement reproductible, une routine et une accoutumance, elles sont aussi des facteurs de motivations. Pour autant, il existe des contraintes dans les relations de travail qui alors se structurent en formes stables que MUCCHIELI A. appelle des « *jeux organisationnels* ». CROZIER M. annonce, quant à lui, que la motivation unique dans une entreprise est la recherche du pouvoir, avec des influences réciproques. L'existence de faille dans le système sera alors une possibilité d'étendre son pouvoir en accroissant les zones d'incertitudes, tout en respectant les normes relationnelles de l'organisation. La motivation trouve sa source tant dans les projets personnels que professionnels où l'acteur, mû par une force stratégique, cherche à potentialiser ses gains.

Soulignons que la coopération se trouve également favorisée par la notion de confiance, dans un sentiment de sécurité, liant les personnes entre elles, au-delà des intérêts propres et personnels.

Dans notre contexte, le système de santé montre un degré d'efficacité, reposant sur une relation de confiance entre les acteurs. Partager un risque, proposer de nouveaux modèles suppose une relation de confiance. Confiance pour le patient qui se voit mieux informé et consentant, pour un professionnel compétent, coopérant, pour une prise en charge ainsi coordonnée avec une attention portée sur la continuité, la fiabilité, l'intégrité. La confiance a donc une incidence sur la transformation d'un processus complexe, dans le système hospitalier. Nous pouvons citer là RICOEUR P. qui considère que « *la place de la parole reçue et donnée est fondatrice de la relation entre les hommes* ».

⁴² DELCOURT L., Coopération : définition, site www.labelleouvrage.fr

⁴³ BERNOUX P., 2005, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Ed Seuil.

⁴⁴ MUCCHIELI A., 2006, *Les motivations*, Collection Que sais-je, Ed. PUF

Les concepts psychologiques que sont l'altruisme et la confiance favorisent le développement de conditions propices à l'émergence et la construction de la coopération, sur des bases solides.

Une coopération repose alors sur des relations entre des groupes et des individus au sein d'un même groupe avec, comme socle, des objectifs communs motivants. Le succès, secondairement, en sera alors un élément renforçateur. VIDAILLET B. et ABECASSIS Ph.⁴⁵ présentent que les comportements de coopération reposent sur des décisions interdépendantes et une motivation partagée, refusant un modèle unique de pensée.

Dans cette dimension collective, CROZIER M. introduit également la notion de pouvoir pour comprendre l'action collective. Ce pouvoir permet de réguler les stratégies des acteurs engagés et l'espace ou marge de liberté permet de négocier ou de confronter les enjeux de chacun.

La première partie de notre recherche s'attachait aux éléments conceptuels et contextuels. La seconde partie vient confronter les éléments théoriques aux éléments de recherche recueillis auprès des professionnels de terrain, venant conforter, confronter ou ouvrir d'autres éléments de réflexion.

2 Chapitre 2 : méthodologie de l'enquête de terrain

Afin de questionner notre réflexion de départ et de valider ou non nos deux hypothèses de travail, nous faisons le choix de réaliser un premier entretien exploratoire suivi d'une enquête de terrain de type qualitatif. Celle-ci est menée auprès des professionnels : des directeurs et des médecins, exerçant en établissement hospitalier ou en institut de formations, pour une approche plurielle.

Rappelons –nous notre question initiale :

Dans quelles mesures, la place du DS dans l'élaboration du projet (médico-soignant) du GHT mobilise la question du travailler ensemble et interpelle le mode de management du DS avec ses alter-égo ?

De cette question centrale, nous émettons les deux hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Le DS se positionne comme un directeur ressource apportant une légitimité attendue et centrée sur le parcours soignant, comme élément fédérateur.

⁴⁵ VIDAILLET B. et ABECASSIS Ph., 2005, *La décision*, Ed De Boeck Supérieur.

Hypothèse 2 : Une équipe de DS territoriale apporte une réelle plus-value et contribue à une réelle dynamique territoriale par une gouvernance collaborative.

2.1 Choix de l'outil : l'enquête qualitative par des entretiens semi-directifs.

Nous avons conscience que notre enquête aborde un questionnement sur la profession de directeurs des soins sous un angle sociologique.

Pour interroger les hypothèses, nous utilisons la méthode des entretiens semi-directifs, laissant ainsi une liberté d'expression des professionnels sur leurs pratiques. Cette approche fait également écho à notre propre dimension et nos intérêts personnels, tournée vers autrui, vers l'Homme comme animal social⁴⁶ et animal communicant⁴⁷.

Nous recherchons ainsi la proximité professionnelle et favorisons la rencontre avec l'interlocuteur. Les anecdotes prennent parfois une place prépondérante nécessitant un recentrage sur la thématique. L'analyse que nous présentons fait état d'un corpus d'éléments communs et vecteurs pouvant apporter une validation de nos hypothèses. Par ailleurs, des éléments plus isolés, différents et complémentaires apportent un éclairage qu'il nous semble intéressant de reprendre apportant ainsi un autre prisme de compréhension.

Enfin, dans le respect de la confidentialité et de la volonté de chaque participant, chaque élément d'analyse préserve l'anonymat de l'enquêté et de son lieu d'exercice.

Nous avons élaboré un guide d'entretien utilisé lors des interviews abordant les sujets tels que la légitimité, l'identité professionnelle, l'évolution du métier de DS, sa fonction-ressource, sa plus-value sur le territoire... (Annexe 3).

2.2 Un lieu et un public-cible

Nous enquêtons au sein des établissements de santé, impliqués dans la dimension territoriale. Rencontrer la totalité des acteurs directeurs de France et de Navarre et balayer leurs avis et ressentis, dans un temps contraint, est une gageure.

Nous envisageons de questionner un panel de professionnels ayant pour fonctions suivantes : conseiller technique de région, directeur des soins en instituts de formations paramédicales, directeur des soins et coordonnateur général des soins en poste dans des établissements « supports et partis », de type CH et CHU, président de Commission Médicale de l'Établissement et directeur général.

Nous précisons notre panel au regard des critères suivants :

- Acteurs des GHT

⁴⁶ ARISTOTE. La Politique. « L'Homme cet animal politique et social ».

⁴⁷ BREMOND Cl., 1964, *Drame hiérarchique et communication*. Communications.

- Types de fonctions (DS, coordonnateur des soins, président de CME, DG...)
- Dimensionnement des territoires
- Représentativité des établissements sanitaires (CH, CHU, instituts)
- Ancienneté dans la fonction
- Exercice en poste dit de « gestion »
- Exercice en poste dit de « formation »
- Parité

Cela nous amène à prendre contact avec quatorze professionnels pour mener l'enquête.

2.3 Du prescrit au réalisé

Nous avons planifié les entretiens entre juin et août 2017, en tenant compte des disponibilités de chacun et de leurs impératifs professionnels.

Un seul des directeurs des soins n'a pas souhaité *in fine* être interrogé, estimant que son établissement, présentant un dimensionnement territorial trop étendu, n'entrait pas dans un cadre de type GHT.

La durée de chaque entretien est de 1h30 à 2h00, mené de préférence dans l'espace professionnel du participant, en relation directe ou par téléphone. Cela vient répondre aux adaptations du dispositif, aux contraintes, aux disponibilités et à l'éloignement géographique.

Chaque participant montre un réel enthousiasme à être interrogé dans un champ « hors-cadre conventionnel ». L'abord sociologique peut surprendre en premier lieu mais permet à tous de cheminer et de questionner sa propre pratique et sa place dans le système actuel.

Nous tenons pour cela à les en remercier à nouveau.

Chacun explore et avance des éléments pertinents, perspicaces, interpellant, interrogeant sa propre pratique, son propre engagement, sa propre représentation identitaire. Nous recueillons les propos de :

Un conseiller technique régional,

- Un coordonnateur général des soins d'un CHU ayant une équipe de deux directeurs des soins,
- Un coordonnateur général des soins d'un CHU ayant une équipe de trois directeurs des soins,
- Un coordonnateur général des soins d'un CHU ayant une équipe de cinq directeurs des soins,
- Un coordonnateur général des soins d'un CH support,
- Un directeur des soins dans un CH support,
- Un directeur des soins dans un CH parti,

- Un coordonnateur des soins, directeur des instituts de formations dans un CH support,
- Un directeur des soins, directeur des instituts de formations paramédicales dans un CH support,
- Un directeur des soins, directeur des instituts de formations paramédicales dans un CHU,
- Un président de CME dans un CH support,
- Un président de CME dans un CHU,
- Un directeur général d'un CH support.

A l'échelle nationale, cinq GHT sont concernés. Cela représente cinq régions administratives.

Pour une meilleure compréhension de l'analyse qui va suivre, nous présentons cela dans un tableau récapitulatif (Annexe 4)

2.4 Les limites de la recherche

Mené sur quelques mois, ce travail comporte des limites qu'il s'agit d'explicitier afin d'en comprendre la portée.

Le thème central de l'identité professionnelle nous conduit à aborder le travail de recherche sous un angle sociologique. Cela se révèle être un défi « hors-champ » pour nous qui ne sommes sociologues, ni de formation, ni en devenir.

Par ailleurs, cette année de formation et ce travail de recherche permet de sortir et d'explorer les champs du possible et de questionner les approches qui composent également notre métier en construction et en devenir.

Nous avons conscience que notre étude reste parcellaire car l'échantillon de professionnels questionnés est de treize impliqués. Nous mesurons qu'objectivement six territoires de santé soit cinq GHT et cinq régions administratives sont représentés.

Cela ne peut cependant pas, en l'état, être généralisable à l'ensemble du territoire national.

Nous restons alors clairvoyants : nous ne pouvons en extraire des conclusions précises mais des orientations permettant toutefois d'amener des préconisations exploitables pour notre exercice futur. Assurément, notre démarche qualitative pourrait s'enrichir avec une approche quantitative au travers de questionnaires complémentaires.

Enfin, nous mesurons que la réalisation de ce travail fut mené sur un temps contraint pour autrui lié à ses propres disponibilités et pour nous-mêmes. Ainsi, l'approche présentée est à prendre dans sa juste valeur car nous sommes inexpérimentés dans le domaine de la recherche.

2.5 Apports de la recherche

Sortir de son cadre professionnel et avoir un autre prisme de lecture sont autant d'enrichissements personnels que professionnels, apportant des éléments de compréhension, de réflexion et de questionnement sur un thème choisi et validé.

Cette année de formation à l'EHESP nous accorde ce temps de recherche avec l'appropriation de la démarche. Les recherches exploratoires et conceptuelles se confrontent aux propos apportés par les professionnels de « terrain ».

Cette démarche est plus expérimentale que fondamentale. Le sujet retenu pourrait s'enrichir par une approche multicentrique et menée en inter-filière pour croiser les regards professionnels et construire *in fine* un corps de direction. N'oublions pas qu'au-delà des systèmes ce sont les hommes et les femmes qui font les organisations de demain.

Enfin, cette approche et cette recherche permettent d'approfondir une connaissance, une opinion qui est « *quelque chose d'intermédiaire entre la connaissance et l'ignorance* »⁴⁸.

2.6 Premiers éléments d'analyses

2.6.1 Quelques éléments, extraits des entretiens, servant de préambule.

Il nous semble intéressant de rapporter ces éléments et ces remarques car cela fut partagé par l'ensemble des participants et peuvent servir de postulat et d'introduction aux questionnements explorés dans les hypothèses de travail.

Ainsi, tous s'accordent à dire que :

- Le monde de la santé connaît une rapide évolution :

Le monde de la santé a connu de grands mouvements d'évolutions et dans ces périodes de changements des incertitudes émergent. Les DS et coordonnateurs s'accordent à dire que « *Le monde de la santé est un monde qui bouge beaucoup et rapidement et ce changement, changement de paradigme, nous impacte et dépend de nous également* », ou encore « *Des craintes peuvent apparaître quant à la disparition de certains postes de DS, par souci d'économie* » mais « *cela ne serait pas souhaitable si on veut tendre vers la réussite de la mise en place des GHT* »,

- Un postulat de travail existe intrinsèquement pour l'ensemble des directeurs des soins :

« *Le postulat est la valeur soignante qui est existante et non négociable ou à démontrer* ».

⁴⁸ PLATON, citation in *La République*.Ed. Flammarion

- Le texte réglementaire est incontournable et signifiant pour la mise en place des GHT :

Les deux PCME stipulent que le projet de soins est en cohérence avec le projet médical, dans une logique de parcours et de territoire : « *Le projet partagé vient répondre aux besoins des professionnels et amène des perspectives* ».

Les DS rappellent que l'objectif du GHT est de mettre en place le parcours patient avec le projet de soins fédérateur : « *Un objectif opérationnel qui est de garantir une continuité de parcours* ».

Les directeurs ayant les fonctions de coordonnateurs précisent bien que le cadre réglementaire est incontournable et fondamental. Le GHT et sa convention constitutive établissent des rencontres de plusieurs professionnels. Tous s'accordent à dire que, « *C'est un enjeu d'être ensemble et d'être gagnant-gagnant !* »

- Les DS présentent des compétences communes permettant une coopération efficiente, quel que soit le lieu d'exercice et les fonctions assurées :

« *Les compétences (du DS) sont dans le décret avec une grande envergure des actions sur le territoire* ». Un accent est mis sur le titre de DS en signifiant que « *Le DS n'est pas un super cadre supérieur, une super infirmière ou un super coordonnateur !* »

Formé, peu importe son lieu d'exercice « *Pas de différence entre un DS exerçant en établissement dit support et celui qui exerce dans un établissement parti* » précise le DS 7.

- Une collaboration est déjà existante entre les DS sur les territoires de santé, avec un sens commun du « *travailler ensemble* » :

Les prémices des apports dans le collectif apportent un regard, un point de vue, la perspective d'une construction en cours, avec un objectif collectif. L'individuel est secondaire. Cette vision collective n'est pas communautariste. Elle respecte les individualités et valorise les ressources complémentaires. Ces éléments sont traduits dans les propos du DS 7 : « *Que chacun reste à sa place car cela prend du temps de travailler en commun et de poser les choses notamment entre DS gestion et DS formation.* » ou dans « *L'apanage n'appartient pas qu'aux grands, les petits (établissements) ont aussi des ressources et des compétences* ». Il est rappelé l'importance de coopérer entre structures de taille différente.

- Un usager qui a pris une place dans les organisations de santé :

Toutefois, le CGS 2, questionne la place de celui-ci : « *certes, une place de l'utilisateur qui évolue avec une réelle place dans le parcours de l'utilisateur* ». Si le constat est fait que nous travaillons pour l'utilisateur, une question pointe si nous travaillons pour autant avec lui.

- Avec une mesure et une conscience des écueils existants ou à venir :

Cette nouvelle réorganisation vient impacter les missions des CGS, annonçant que l'« *on vit les évolutions mais on construit en marchant* ». Une des difficultés, maintes fois relevée, réside dans la mise en œuvre du volet médical et « *l'enjeu se niche là car le DS a compris l'intérêt qu'il peut y gagner* » exprime le DH.

Le PCME 11, critique la pertinence de la présidence de la CSIRMT de territoire attribuée au CGS de l'établissement support, certes nommé par le DG. Il souligne les enjeux de pouvoirs que cela peut engendrer dans les relations interpersonnelles, entre structures.

Ce premier corpus de réponses, commun à l'ensemble des interrogés permet ensuite de poser des bases de réflexions et d'approcher les questionnements qui concernent les deux hypothèses de travail.

2.6.2 Questionnement de l'hypothèse 1 :

Le DS se positionne comme un directeur ressource apportant une légitimité attendue et centrée sur le parcours soignant, comme élément fédérateur.

De cette première hypothèse, nous pouvons en extraire les mots-clefs suivants :

- « ressource » : dans quelles mesures le DS est une ressource.
- « légitimité » : dans quelles mesures il est légitime dans la construction des nouvelles organisations.

Un socle commun repose sur le fait que le parcours soignant, le projet médical partagé ou médico-soignant, est un vecteur de construction collaborative.

Nous verrons dans quelle mesure cela vient impacter l'identité professionnelle du DS.

Les éléments extraits de nos entretiens apportent un éclairage sur la notion que le directeur des soins est un directeur **ressource**. Cela s'articule autour de trois axes :

- Ressource car il est porteur de la méthodologie de travail en « mode projet » :

Parmi les acteurs en place, le DS se positionne alors comme ressource en tant que porteur des projets de coopération entre les différents professionnels du territoire. Le DS, en tant que professionnel de la coordination, est décrit comme un « champion organisationnel » selon BLOCH M-A.⁴⁹

Le DS se positionne comme tel en tant que porteur de projets, porteur de coopération entre les acteurs, professionnels sur le territoire définissant le GHT.

⁴⁹ BLOCH M.A, 6 janvier 2015, Journée d'étude *Evaluation des politiques publiques et coordination des soins*.

Il apporte une « *expertise dans le domaine du soin* », mobilise « *(nos) compétences pour une opérationnalité* », est « *consultant dans le domaine du soin* », rapportent les DS.

Pour les directeurs en exercice de CGS, les propos sont de l'ordre de la stratégie et des compétences associées : Il se positionne comme le directeur apportant une méthodologie de travail, capable de travailler en mode projet, avec une capacité d'organisations. En ce sens, Il dispose de nombreux outils et le projet médico-soignant en est un : charge alors d'en faire un élément fédérateur et d'en fournir des indicateurs fiables de réalisation et d'évolutions.

Il montre les compétences pour élaborer un projet partagé, commun, avec des valeurs identiques et réalise « *l'écriture d'un projet comme le projet de soins partagé en parallèle du projet médical, même si on n'est pas venu nous chercher* » rappelle le DS 7. Il est le professionnel qui donne du sens, coordonne, pilote. Il aide à la réflexion, définit le projet, fait des choix, « *dans une synergie de travail et une complémentarité* », indique le CGS 9. Il connaît ses collaborateurs et leurs compétences, cible les acteurs pertinents. Il est rappelé la pertinence de se connaître tout en « *occupant la place* ».

« *Le DS est entraîné à aborder et à travailler dans la complexité* », expriment unanimement les CGS.

Le DS est un médiateur opérationnel, optimisant et favorisant les liens professionnels. Il dispose en effet de compétences mobilisables et est capable de faire appel aux différents acteurs-ressources selon certaines thématiques-cibles.

Dans cette approche-projet, une de ses ressources réside en sa capacité à se montrer novateur et visionnaire. Innover et s'autoriser à créer, proposer, être force de proposition sont des entités partagées par les CGS. « *Etre capable d'offrir de nouveaux parcours médico-soignant pertinents et clairs pour l'utilisateur et le professionnel* » précisent également le PCME 11 et le DG 13. Le DS 5 stipule même qu' « *être directeur à part entière avec une culture différente, donne une valeur ajoutée avec sa spécificité qui est le soin* ».

- Ressource car il incarne des valeurs de travail :

Il va faciliter le travail du coordonnateur de parcours en construisant les partenariats, en animant les réseaux et en conduisant les projets. Instaurer une logique territoriale amène une synergie de coopération solide et ancrée.

Pour l'ensemble des directeurs de soins, cette idée est largement soutenue et éprouvée. La notion de réseau s'applique dans le champ professionnel mais aussi associatif. Cela permet d'apporter des « *éléments de réflexion collégiale, des échanges avec les autres DS du public et du privé* » nous expriment le CGS 6 et DS 3.

Le DS est capable de produire une adhésion collective, de faire tomber les résistances avec « *un niveau d'exigence.* », dicit le CGS 6, pour un enrichissement mutuel par le travail en groupe.

Il donne une dynamique de travail avec des éléments fédérateurs, limitant le risque d'être instrumentalisé. Son dynamisme donne envie de coopérer, d'offrir au partage et de collaborer. Le DS donne le cap et comme un chef d'orchestre « *mène la musique* ». Le DS 3 exerçant en institut rappellera l'importance d'être « *actif et pro-actif* ».

Par ailleurs, il sait travailler avec d'autres collaborateurs, au quotidien avec un positionnement clair et affirmé. « *Comme tout membre d'une équipe de direction !* », affirme le DS 3. Cet apport mutuel permet des échanges avec les autres DS sur des préoccupations communes comme une offre ou un parcours de stage, un accompagnement, des dispositifs spécifiques, etc. Il poursuit en indiquant que ce travail en collaboration permet de définir les besoins en soins (offre, compétences, formations) et de « *voir ce que chacun peut apporter !* ».

Unaniment, chacun explicite l'importance de connaître et d'évaluer son propre environnement. La ressource réside dans la compréhension d'autrui et de ses contraintes économiques, juridiques, personnelles, sociales.

Dans la dynamique de la création et/ou de l'entretien du réseau, l'ensemble des directeurs de soins rappelle l'importance de travailler dans la confiance, le respect de l'autre, d'afficher de belles valeurs professionnelles. La dimension éthique apparaît fondamentale dans le travail collectif, permettant une éthique partenariale, managériale et le management par l'éthique : « *Avoir cette éthique et cette honnêteté intellectuelle* ».

Cela permet de développer l'intelligence professionnelle. Travailler dans la confiance et le respect facilite ainsi l'apprentissage de l'autre, d'aller vers autrui dans une mobilité, de partager « *sans ingérences et de percevoir les besoins* ». Le respect d'autrui renvoie à la qualité « *d'être humble* » insiste le CGS 6.

- Ressource dans sa place stratégique avec les opérateurs, les collaborateurs et dans son approche managériale :

Par un management stratégique et opérationnel, le DS participe à la réflexion sur les parcours de soins. Il va les organiser au niveau de l'établissement, avec les partenaires du territoire de santé. Toutefois, si le management participatif et la politique dite « des petits pas » brusquent moins les professionnels, il semble pertinent que cela évolue vers une logique de territoire, garantissant une offre publique de soins, une optimisation des parcours dans une vision participative et décloisonnée.

Le DS 4 appuie sur le fait qu'« *un DS coordonnateur a une vision et une réflexion stratégique et META, alors que le DS adjoint a vision plus opérationnelle* ».

« *Expert compétent avec un rôle affirmé : c'est notre force !* », indiquent les CGS des CHU.

En effet, pour eux, une vision stratégique permet de mesurer, d'assurer et d'intégrer la dimension stratégique sur le territoire, de donner les orientations, en tenant compte des forces et des faiblesses en connaissant la problématique de certains secteurs d'activités et l'impact de cela pour le patient et son parcours. Le DS donne sens aux objectifs, aux priorités, aux actions à entreprendre et à évaluer. Par ses connaissances, il anticipe les besoins, lève les freins : « *c'est une vraie richesse professionnelle, au travers des informations transmises et des acteurs en place !* » poursuit le DS 8.

La dimension stratégique du DS le place comme une clef d'analyse complémentaire pour être performant, en intégrant la logique des autres collaborateurs. Il cherche à comprendre son environnement : il se montre en mode « *recherche d'informations. Une veille et une vigilance lui permettent d'intégrer le fonctionnement, de comprendre l'environnement et l'essentiel* », pour le CGS 9.

L'approche managériale fait écho à la compétence et à l'importance de poursuivre une dynamique de formation pour soi-même. Le champ de la formation est largement soutenu par le DS en formation (DSF), mais également par les CGS : « *travailler ses compétences est un vrai enjeu* » et c'est à travailler dès la formation initiale dans un parcours (« *casser les représentations, les schémas de penser* »). Cela permettrait « *d'améliorer des champs d'actions comme le recrutement, la formation, le partage d'expériences* » nous indiquera le CGS10.

Etre ressource c'est « *se former soi-même, en montrant l'exemple vis-à-vis de ses propres attentes pour les autres !* » exprimera le DS 3. Il poursuivra en précisant que « *se former c'est actualiser ses connaissances, planifier un plan de formation, être à l'affût des nouvelles organisations de soins, faire du benchmarking* ».

Enfin, être ressource est aussi abordé dans le principe de mobilité territoriale. Le DS se montre ouvert vers l'extérieur, mobile. L'ensemble des directeurs questionnés nous interpellent sur le devenir du métier : « *est-ce un nouveau métier que celui de DS sur un territoire ? Un chef d'orchestre dans le domaine du soin ?* ». Car même s'il se montre ressources dans les champs du soin, avec des partenaires, des territoires complexes et une connaissance des établissements (gestion et formation), cette ressource se construit dans une approche qui se veut décloisonnée.

« *Sortir de sa propre structure, s'ouvrir aux autres, se connaître et partager. Rompre l'isolement.* », rappelle notamment le CGS 10.

Le DG insistera sur la notion de « *mobilité et de volonté à construire avec les autres directeurs comme le RH* ».

Pour résumer la notion de ressources, nous retenons que :

Un travail est à mener pour un même parcours sur le territoire que ce soit le DSG ou le DSF. Unaniment, les interviewés ont « envie d'y croire » et de « retrouver sa fougue ! » même dans l'adversité. Une autre notion apparaît : celle du « lead-aura ». Cette notion apparaît dans les propos du CGS 10. En effet, le DS aujourd'hui est ressource car il montre des compétences sur divers plans que ce soit politique ou stratégique. Il dispose de réelles connaissances notamment dans le domaine du soin. Enfin il dispose d'un « aura » et de « quelque chose en plus » ! Le DS dispose de « beaucoup de cordes à (notre) arc et des champs du possible à explorer ! », en repérant les risques, « saisissant les opportunités, répondant aux sollicitations, connaissant autrui dans une relation de confiance ! »

Abordons à présent la notion de **légitimité** et présentons les éléments recueillis :

Avant tout, il nous est rappelé, lors d'un entretien avec le DS 5, que « *La légitimité ne se décrète pas par un statut mais par les actions faites et la place occupée, sans faire peur* ».

Le DS a une vraie place à prendre, évidente et qui n'est pas à prouver. Nous retrouvons ici cette notion de positionnement affirmé, comme un partenaire et un facilitateur, notamment dans l'ingénierie des soins. Chacun s'accordant sur le fait que « *le métier de DS a changé aujourd'hui* » et que le DS affirme sa légitimité au travers de ses compétences (travail en méthode projet, pilotage, outils à disposition), de sa connaissance en soins, sa connaissance plus précise des organisations et de leurs coordinations, en se montrant capable de questionner l'existant, d'en avoir une approche sociologique, tendant vers le décloisonnement des pratiques. Ainsi, sa légitimité l'amène à s'ouvrir sur d'autres champs et d'autres missions :

« *Ce sera une évolution et une transposition comme une bonification* », évoque le CGS4.

Les CGS affirment que « *la volonté, la pertinence et la détermination à travailler ensemble, c'est à la fois identitaire et légitime sur le territoire.* »

Les éléments d'enquête font lien avec les concepts abordés tant par WEBER M. que HABERMAS J., que ce soit dans le champ de la reconnaissance sociale que de la coopération.

Le questionnement autour de la légitimité soulève un autre prisme autour du statut : « *une reconnaissance et un bonus* », pour certains CGS.

Pour résumer la notion de légitimité, nous retenons que :

La question ne se pose pas sur la légitimité mais sur l'élargissement du champs des missions. Elle vient faire écho à l'entité « *ressources* », où le DS se montre expert en soins, avec des compétences reconnues, avec un positionnement de leader, tourné vers l'évolution, l'anticipation. La légitimité vient cependant questionner un statut particulier du DS coordonnateur et président de la CSIRMT de Territoire sur un versant de la reconnaissance sociale.

Présentons à présent les éléments stipulant dans quelles mesures **l'identité professionnelle** du DS est modifiée :

Pour certains DS questionnés, cette notion est claire car réglementée, servant de référence et non discutable, « *même si le constat serait que l'identité et son évolution reste encore hospitalo-centré* » indique le DS 4.

Le DS 5 exprime que l' « *approche du soin comme un outil de travail est une approche spécifique, non clivante à co-construire dans une approche projet* ».

Toutefois, nous observons que se pose la notion d'engagement et la volonté d'être dans un même territoire, avec la volonté « *d'intégrer de nouveaux partenaires et de nous intégrer nous-mêmes.* » exprime le CT 1. En effet, la construction de son identité soulève la réciprocité et l'engagement dans une réelle démarche, dans ce nouveau mode de fonctionnement en territoire. Il semble alors que l'identité est à aborder « *quelle que soit la compétence* » relate le DS 4. C'est avant tout s'engager dans une volonté de co-construire. Le DS 8 précise aussi que « *c'est une opportunité à saisir pour faire évoluer l'identité et développer sa légitimité.* »

La notion d'identité est à rapprocher de la notion de légitimité, liée dans une « *synergie de co-construction pour une intégration de l'évolution* » dicit le CGS 10.

Cette évolution prend son assise dans la notion d'identité, envisageant une « *co-construction dans une approche pluridisciplinaire sur un même territoire* » reprecise-t-il.

Il est à « *rappeler et souhaiter que le GHT peut nous tirer vers le haut* » (CGS 9). Une autre question émerge sur l'évolution identitaire et dans ce qu'elle va changer fondamentalement. Le métier s'est profondément transformé, passant d'un fonctionnement pyramidal à un fonctionnement transversal avec pour l'ensemble des directeurs. Un « *changement de paradigme avec une culture de groupe (GHT).* »

Il est fait constat que l'identité même s'avère positive et ouvre le monde hospitalier vers l'extérieur dans la volonté d'aller à la rencontre de l'autre avec des fonctions à développer sur des axes géographiques, stratégiques, impliquant différents acteurs. Ces derniers aspects sont fortement portés par les DS exerçant dans le champ de la formation.

Toutefois, de façon pragmatique, « *le changement est lié à toute relation humaine* » précisent les deux PCME.

Pour résumer la notion d'identité professionnelle, nous retenons que :

L'approche identitaire fait écho à la légitimité et renvoie à la notion d'engagement et à la volonté de travailler ensemble.

Liée à toute relation avec autrui, elle précise la volonté de s'intégrer et d'intégrer autrui, sur un même territoire, ouvert vers le monde extérieur.

Éléments validant l'hypothèse 1

Les éléments retenus sont signifiants et valident celle-ci.

En effet, la revue de littérature et notamment WEBER M. et HABERMAS J. rappelle que « *la légitimité est le droit reconnu à une personne de parler et d'agir au nom de principes, valeurs, règles, lois* » et que « *l'identité collective s'inscrit dans un processus d'élaboration, de négociation, de normes et de repères communs* ».

Nos éléments d'enquêtes précisent que le DS se positionne comme un directeur-ressource, au regard de ses compétences, de ses valeurs et de son éthique de travail. Son champ d'exercice relève plus particulièrement de la stratégie que de l'opérationnel. Par ailleurs, nous relevons un autre aspect de la fonction centrée sur celle du « *lead-aura* » (émis par le CGS 11) et de l'évolution identitaire qui viennent ainsi faire foi concernant la question de la légitimité et de la position de directeur –ressource que peut incarner le DS.

Abordons à présent le champ de notre seconde hypothèse qui apporte un autre regard par le prisme de la dimension territoriale et managériale.

2.6.3 Questionnement de l'hypothèse 2 :

Une équipe de DS territoriale apporte une réelle plus-value et contribue à une réelle dynamique territoriale par une gouvernance collaborative.

Cette deuxième hypothèse soulève les mots-clefs suivants comme des entités à part entière :

- « la plus-value » d'une équipe constituée d'un même corps,
- l'impact sur la « dynamique territoriale », dans sa dimension managériale
- « les jeux ou les enjeux » entre les acteurs.
- Le management participatif ou collaboratif

En préambule, chaque interviewé n'a de cesse de nous rappeler l'intérêt de la constitution d'une équipe de territoire.

Les propos tendent vers cet espoir notamment pour le CGS 9 pour qui « *avoir une équipe de territoire : j'y crois ! Mais elle est à construire (selon les territoires)* ». A ce jour, il n'y a pas d'équipe de DS sur le territoire : « *c'est le projet partagé qui réunit* » précisent les interviewés et ce devenir « *sous-tendrait un changement juridique* » ajoute le CGS 2. Une crainte reste mesurable : « *peut-on arriver à cette mobilisation ?* ». Il nous est soulevé que la création d'une échelle « *supplémentaire* » (CGS 10) n'engendrerait assurément « *pas une économie* » et par ailleurs « *qui en serait alors l'animateur ?* »

La perspective d'une telle équipe territorialisée fait sens dans une approche de « *coopération, installée dans la confiance en soi et en l'autre* » (DS 5). En rappelant que la mise en place du GHT est très récente et que nous disposons de quelques années « *(cinq ans) pour repenser ou envisager cela.* » (DS 7).

Il s'avère important et pertinent de créer et d'entretenir « *un réseau dense, régional, voire national, de le construire et de le partager* » ajoute le CGS 4, favorisant cette dynamique attendue sur le territoire, au travers des échanges, des retours d'expériences etc...

Approchons cette hypothèse 2 par l'exploration de la **plus-value** et dans quelles mesures cela peut-il être en ce sens :

La question semble se fixer sur le travail collectif, organisé dans une politique d'ouverture avec un sens commun et affiché pour reconnaître une identité commune et une responsabilité partagée. Le positionnement est reconnu et la plus-value est identifiée par les partenaires. Toutefois, la transposition, sur un territoire avec un périmètre plus large et décloisonné, s'avère complexe, quels que soient les partenaires.

Pour les DS et CGS interpellés, « *la spécificité de notre fonction est bien au cœur du pilotage et en cela c'est notre plus-value.* » car c'est un « *un maillon pluriprofessionnel au sein de la population hospitalière et dans le partenariat* ». Ainsi, le DS se positionne et apporte cela en tant que tel en connaissant le milieu, le terrain, avec une dynamique de travail, de partage et de collaboration.

Pour les CGS, la plus-value réside dans la circulation de la communication qui permet d'organiser une coopération harmonieuse, donner un sens commun, avec un haut niveau de confiance et d'exigence. C'est également pouvoir apporter une « *lisibilité et une accessibilité à l'organisation, à la communication, aux outils et méthodes* ». Ces éléments de communication permettent ainsi d'offrir un fonctionnement ouvert, de proposer un maillage professionnel. L'organisation des soins est affichée, connue, adaptée au contexte, de façon harmonisée.

La plus-value, pour le CGS 4 est de constituer une « *équipe supra avec une valeur soignante* » comme une valeur ajoutée, créant une culture de territoire, pour une « *approche décloisonnée et coordonnée du parcours-patient et donner ainsi un sens collectif* ».

Constituer ainsi une équipe de territoire permet de donner une vision commune et de « *consolider les choses par des éléments pérennes* » poursuit-il, permettant de construire les projets, « *que l'on soit en formation ou en gestion : de la formation initiale à la formation continue* ».

Pour les professionnels interrogés, la plus-value réside également dans « *l'installation dans le GHT d'un même objet comme le projet médical et le projet de soins partagé* ». Pour exemple sur un territoire, il y a la « *mise en place d'une charte de valeurs GHT* » évoque le CGS 10, amenant une vision fédératrice et collective, dans un climat apaisé et serein, respectueux des entités en place.

Il nous est rappelé à plusieurs reprises que « *travailler en équipe de DS est une vraie richesse et une plus-value.* ».

Cela a pour effet d'avancer ensemble et de réfléchir conjointement, « *dans un même corps de métier* », sur des axes de stratégies de soins avec « *un effet facilitateur* », stipulent les CGS. Pour autant, cette vision stratégique se doit d'être « *raccord par rapport à la vision stratégique du chef d'établissement* » qui a des enjeux pour son propre établissement précisent les CGS « *gestion* ».

Toutefois, le prisme offert pour aborder la dimension d'une « *équipe de DS* » soulève le fait que les postes de DS ne sont pas tous pourvus par des DS en titre. Il est observé par tous les interviewés, qu'ils soient CGS ou DS, que des postes sont occupés par des faisant-fonctions et ce, quel que soit le territoire de santé ou le GHT. Cette remarque renvoie au « *comment travailler ensemble entre DS* » avec une vision partagée de la stratégie et de l'opérationnalité. Cela semble être à re-questionner lorsque les acteurs sont amenés à travailler avec des professionnels en poste n'ayant pas reçu la formation commune des DS dispensée par l'EHESP.

Pour résumer cette approche de « plus-value », nous retenons que,

Il appartient à tout à chacun et pour reprendre les propos du CGS 6, d'« *Etre capable de constituer une équipe de DS de territoire avec un pouvoir partagé et une prise de risque évidente* ».

Trouver un consensus et un sens commun du travail partagé permet d'afficher une politique de soins, lisible et connue, avec une « *exigence de réussite* » re-précise ce même CGS.

Dans une approche systémique et une réelle dynamique de groupe, la constitution d'une équipe de DS repose également sur l'importance de se connaître soi-même et autrui, de connaître l'environnement géographique, d'effectuer un diagnostic précis de l'existant, en restant attentif et bienveillant.

Nous abordons ensuite la dimension de la **dynamique territoriale** :

Force est de constater que les organisations sont dépendantes des territoires, de tailles et de périmètres d'actions différents. De plus, nous ne disposons pas suffisamment de recul sur l'installation récente des GHT et sur la dynamique instaurée.

« *Cela ne nous empêche pas de nous interroger sur notre propre capacité à mener un projet fédérateur* » reprennent les DS et le PCME 12. Si chaque acteur prend sa part de responsabilité dans la réussite de la mise en place d'une dynamique territoriale, cela amène un enrichissement individuel, des gains dans la collaboration avec d'autres partenaires (directions, structures, entreprises, associations...) et ces « *regards croisés à l'échelle humaine sont d'un enrichissement notable* » ajoute le DG 13.

N'oublions pas que la mission menée sur le territoire se destine pour le patient, l'utilisateur et l'équipe professionnelle. La dynamique instaurée repose sur une qualité des « *transmissions et des transitions, des relais et interfaces* » précise le CGS 6.

Le DS 3 ajoute que l'installation d'une dynamique de travail réside également dans sa capacité à « *être pro-actif, à utiliser les outils à notre portée (téléconférence pour réduire les distances, optimiser les temps de réunions et de rencontres) et de se recentrer sur les attendus et les objectifs* ».

Pour résumer cette approche de « dynamique de travail à un niveau de territoire », nous retenons que,

C'est une approche complexe, dépendante des acteurs, engageant leurs responsabilités. L'engagement de chacun reste sensible et soulève la capacité à nous investir dans d'autres champs (intérêt, engagement dans le champ associatif).

Cela amène à se questionner sur les évolutions professionnelles ainsi que les ressources associatives, personnelles et professionnelles mobilisables.

Cela engendre des aspects et des **enjeux voire des jeux entre les acteurs** que nous explorons dans la partie suivante :

Au préalable, chaque acteur interviewé précise l'importance de clarifier « *sa place dans le jeu des acteurs, de définir son périmètre d'expertise et ses compétences* ».

Un enjeu est celui de l'isolement du DS : cela amène des jeux d'acteurs, des pertes et jouer en « *équipe c'est jouer aussi au niveau des égo* » (ou des égaux, pourrions-nous traduire ?). Des questions émergent quant aux intérêts professionnels et nous sont livrées à la réflexion au cours des entretiens, au travers d'anecdotes : « *est-il nécessaire d'avoir des DS sur de toute petite structure, avec peu de lits ? Ne devrait-on pas s'orienter vers un DS formation de territoire et un DS gestion de territoire ?* »

Alors, certes, des jeux de pouvoirs existent mais « *nous sommes avertis à cela* » annoncent unanimement les directeurs de soins. Les freins sont alors dans les rapports tendus, les changements de culture, un renoncement, une résistance.

Avoir réalisé une analyse systémique, un travail d'analyse de fonctionnement, identifier les ressources, les freins, les résistances, les compétences permettent de comprendre les prismes, les rouages en jeu, l'intérêt de la perméabilité entre un maillon individuel et collectif sur un même territoire. Effectuer ce travail en amont permet de prendre conscience des atouts et de clarifier cela aussi pour les acteurs en prenant en compte l'histoire locale (département, acteurs). Cela permet de lever les craintes « *que le gros mange le petit* » comme ajoute le DS 7 ou « *qu'il y ait une hiérarchie-fantôme* », avec une mise en place d'une véritable coordination, rendant lisible le travail produit.

Au cours des entretiens, est soulevée la question de l'enjeu de l'acteur tel que le CGS et de sa place sur le territoire « *quelle place a-t-il au regard de ses missions et de l'élargissement de sa fonction ?* ». D'autres défis sont à relever comme la mobilité territoriale qui impose des délais de route, chronophages, des choix à faire quant à sa présence (partielle ou complète) dans certaines réunions où des (en)-jeux de pouvoir peuvent apparaître.

Les CGS avancent également l'existence d'un enjeu relatif quant au « *temps médical non compressible* ». Ils ajouteront que l' « *on est dans une approche territoriale avec une culture du territoire à développer* » et des défis à relever.

Pour résumer cette approche sur les (en)-jeux, nous retenons que,

Elle porte sur le projet de soins avec une vision partagée, mesurée, atteignable. La co-construction est importante, en reconnaissant les « *compétences en présence, même chez les plus petits* » précise le DS 7.

Questionner le jeu des acteurs amène à questionner le jeu voire l'enjeu dans le pilotage du projet notamment : il nous est avancé par le CGS 4 de « *voir ce qui se fait ailleurs, avoir une vision micro et macro, avec différents niveaux de références, d'harmonisations et de pratiques* » afin d'ouvrir et d'explorer les champs du possible et les ressources mobilisables.

Comme dans toute synergie de groupe et par l'apport d'une analyse transactionnelle, cela vient questionner un type de **management, relevant d'un genre collaboratif** :

Ce dernier est tout d'abord signifié en l'absence d'une hiérarchie verticale. La notion de transversalité est notamment abordée par le CT 1, faisant ainsi référence à DEJOURS Ch.⁵⁰ et à son concept de « *coopération horizontale* ». En effet, la coopération se trouve favorisée par une grande mobilité sur le territoire. Placer le DS dans l'exemplarité permet de montrer que la coopération est possible entre acteurs en place.

L'approche managériale est celle du « travailler ensemble » comme un possible. Le management proposé permet de favoriser l'innovation où chaque partenaire apporte « *ses compétences au sein du travail à opérer sur la filière soins* », indiquera le DS 5.

Cela favorise une convergence de travail en mode projet, permet de potentialiser l'opérationnalité attendue en tenant compte des préoccupations des acteurs et des territoires impliqués. « *Cela renvoie à un management sur un territoire avec des compétences en management et une clairvoyance !* » annoncera le DS 7.

Tendre vers un management permettant la co-participation, la concertation et la co-construction favorise une collaboration positive.

La place de chacun est à préserver dans un esprit de « *liberté de participer à différents niveaux et groupes de travail* » énonce clairement l'ensemble des directeurs de soins. Toutefois, si des outils nombreux et une maîtrise du pilotage de projet facilitent le travail attendu, il est rappelé par les interviewés que « *travailler ensemble, dans un rythme régulier, engendré dans le partage, permet d'anticiper et/ou de réguler les critiques, les contradictions voire les susceptibilités* ».

Ce type de management maîtrisé par les acteurs permet de mobiliser les personnes-ressources en fonction des « *thématiques-cibles et de rechercher des ressources externes si nécessaire* » poursuit le CGS 10. L'ensemble des directeurs s'accorde et insiste sur l'importance de donner du sens aux actions et aux missions exponentielles dans ce temps contraint.

Dans ce nouveau mode d'organisation et de management, il apparaît fortement que certains types de management antérieurs (directifs) ne sont plus adaptés et ne répondent plus aux exigences d'aujourd'hui et de demain. En effet, cela doit répondre aux exigences de mobilité, de mise en relation, de défis à relever voire d'une nouvelle aventure managériale, tout en prenant plaisir au travers de bénéfices secondaires pouvant être entre autres une forme de valorisation, du goût du travail partagé et responsabilisant.

⁵⁰ DEJOURS C., 2015, *La coopération permet de transformer le travail*, Santé et travail N°090.

Les DS, qu'ils soient en exercice en structure hospitalière ou en institut, insistent sur l'importance de veiller aux respects des entités personnelles et les relations interpersonnelles, instaurées dans un climat de confiance.

Les DS en institut et celui en exercice dans l'établissement parti stipulent que « *prendre sa place certes ce n'est pas faire la politique de la chaise vide* » mais cela consiste aussi à « *être mobile et rendre visible ses actions et ses engagements, de travailler ensemble avec une logique d'acteurs* ».

Certes, le principe du management collaboratif n'est pas nouveau. Des prémices existaient dès la fin des années 40, réaffirmés ces dernières années où l'implication des salariés était alors plus manifeste. Le système du « brainstorming » permet à chacun d'exprimer des idées originales, sans jugement, ni critique. Ainsi des entreprises ont pu valoriser cette appropriation dans le développement de leurs performances, même en temps de crise économique.

Cette valeur est transposable au monde de la santé car la philosophie de cette approche repose sur des valeurs « humano centriste ». Ce type de management collaboratif se caractérise par quatre piliers dits des 4C⁵¹, entre confiance, choix, coopération et convivialité.

De la confiance, nous avons pu en extraire des éléments lors de nos entretiens que ce soit dans la notion de « *donner du sens* », de « *respect d'autrui* », de « *partage de valeurs entre authenticité et transparence* », ainsi que dans la « *valorisation des compétences de chacun* ».

La notion de choix s'est traduite dans la liberté de chacun à s'engager librement dans ce travail en commun. La notion d'engagement est revenue à maintes reprises dans nos échanges, comme celle de responsabilité, assumant les conséquences des actes posés. Le principe de flexibilité et de mobilité est également à prendre en compte dans cette notion d'engagement éclairé.

Concernant l'approche coopérative, se sentir soutenu et rassuré fut cité notamment contre les risques psycho-sociaux consécutifs aux nouvelles organisations. Les entretiens ciblent la dimension de co-construction en tenant compte des ressources, complémentaires de chaque acteur impliqué selon ses propres ressources. De l'individu au collectif et inversement dans des approches de bénéfices secondaires. L'approche collaborative est sous-tendue de celle de la transversalité, facilitant la réactivité, les solutions aux problèmes et l'innovation dans le décloisonnement, avec un esprit d'équipe.

La dernière entité dans le management collaboratif réside dans la convivialité, l'ambiance de travail, le sentiment d'appartenance, l'équilibre entre les différentes scènes qui composent la vie de chaque acteur (personnelle, professionnelle, sociale, intime).

⁵¹BOYER F., 2017, *les 4 piliers du management collaboratif*, site www.nextstart.fr

De nos entretiens, nous dégagons aussi deux autres idées, l'une concerne la délégation, l'autre l'intérêt des nouveaux outils de management.

La notion de la délégation est approchée lors de l'entretien notamment avec le CGS 10 annonçant que « *le DS est un contributeur pour le leadership et le management mais qu'il est nécessaire de veiller à ne pas trop se rendre mobile et en cela de faire des choix (choix des réunions nécessitant sa présence par exemple) et de déléguer des activités auprès de ses collaborateurs* ». Le DS 3 indique l'opportunité à saisir avec l'emploi des nouveaux outils comme la visioconférence « *car la mobilité a un coût* ».

Pour résumer cette approche centrée sur le management, nous retenons de cette partie que le DS se place dans l'exemplarité pour réussir possiblement un nouveau modèle d'organisation imposée par la territorialité.

Le management collaboratif proposé approche la transversalité permettant à chacun de s'investir entre responsabilité, engagement, équilibre et respect.

En reprenant les éléments-clefs de cette deuxième hypothèse, nous amenons que le directeur, constitue une réelle plus-value dans la complémentarité, favorisant un pilotage, donnant sens au travail, au travers d'une communication transparente, accessible et lisible, autour d'un même objet de travail aux objectifs clairement définis et communs. Ainsi, cela vient impulser une dynamique de travail, engagée sur le territoire et faisant fi des jeux des acteurs, ces derniers étant plus clairvoyants et managés par un type d'encadrement dit collaboratif. Toutefois, nous ajoutons un aspect limitatif qui réside dans la notion « d'équipe de DS » au regard des éléments transmis lors des entretiens à savoir que les postes de direction ne sont pas tous occupés par des DS ce qui pourrait alors affaiblir le sens premier d'équipe, car les éléments présents n'appartiennent pas tous au même corpus.

Les éléments retenus démontrent une limite à la réalisation. C'est pourquoi, nous pouvons alors expliciter que l'hypothèse 2 s'avère être partiellement validée.

Enfin, des treize entretiens menés, il ressort des éléments résiduels, comme des épiphénomènes non généralisables à ce stade, mais qui attirent notre vigilance.

2.6.4 Des points de vigilance résiduels :

Ces éléments sont narrés ponctuellement et méritent que nous y portions intérêt, comme un éclairage complémentaire.

Alors même que le virage territorial doit être pris, comme une évidence dans les organisations actuelles, il est soulevé qu'il peut être difficile pour un DS de prendre de la distance entre sa fonction et sa propre histoire de soignant, le laissant alors dans un rôle

de paramédical. Or, le DS n'est pas un « *super soignant* » comme nous le rappelle une majorité de DS et CGS. La formation à ce titre reste fondamentale et constructive, permettant de « *prendre de la hauteur, de construire sa culture professionnelle selon un co-apprentissage et un travail d'introspection.* » nous diront ainsi le DS 3, DS 8, CGS 2, CGS 6 et CGS 10. Le CGS 4 ajoute croire en « *L'enseignement universitaire et ce qui en découle pour amener à rassembler les acteurs à un autre niveau.* »

Si l'humilité et le sens commun s'invitent dans la volonté de travailler ensemble, il est pointé de garder une grande vigilance car « *le GHT impacte les organisations et les fait basculer vers de nouveaux modèles* » nous affirment les CGS. En effet, la posture et les enjeux qui en découlent sont différents en fonction des territoires. Les CGS nous avancent que la mobilité territoriale peut être trop grande ou vaste, avec des contraintes importantes, chronophages, nuisibles à la construction du maillage de territoire. Cela alourdit les organisations pour mettre en place des parcours de soins plus fluides, engendre des « *surcoûts non perçus* », liés à la mobilité, à l'ajout des temps de travail supplémentaires (augmentation du temps de travail de +33% liée à la mise en place du pilotage). Il reste alors « *moins de temps pour penser* » nous dit le CGS 9.

Un travail de réflexion amène à constater le peu, voire l'absence, de recul dans la convergence, la divergence ou l'absence d'harmonisation territoriale, notant un « *décalage entre le projet médical et le projet de soins partagé* » (CGS 9 et DS 3).

Enfin, la reconnaissance du statut d'un coordonnateur de GHT est avancée dans un mouvement militant, face aux imprécisions du texte règlementaire. Les CGS nous rappellent leur quotidien et notamment celui d' « *être bicéphale* » pour assurer l'intégralité des missions qui se sont élargies.

Pour les CGS, penser et reconnaître le statut du coordonnateur devraient s'envisager dans une « *action complémentaire importante sans penser le GHT avec une économie de postes de DS* ». Car « *cela s'avèrerait délicat* ».

A l'issue de ces éléments d'analyses, nous abordons à présent le champ des préconisations que nous présentons avec toute l'humilité nécessaire.

3 Chapitre 3 : préconisations et interrogations issues de la recherche

3.1 Quelques préconisations autour de trois axes

Les approches théoriques choisies, non exhaustives et notre investigation de terrain ont construit notre travail de recherche et conduit au recueil des analyses. Cela nous amène à extraire des réflexions et proposer des axes de travail, des préconisations que

nous souhaitons mettre en pratique dans l'exercice de nos prochaines fonctions, à l'issue de la formation dispensée cette année par l'EHESP.

Les préconisations reposent tout d'abord sur des éléments communs à l'ensemble des interviewés, précisant en préambule que le projet médical partagé ou le projet médico-soignant est un socle fédérateur dans la mise en œuvre des GHT. Cela vient ainsi donner sens, définir un objectif commun pour un travail collaboratif, bien ancré sur le territoire.

La légitimité du DS est indéniable et la validation de l'hypothèse 1 met en exergue le mot-clé « ressource » pour définir le DS dans la composante territoriale. Toutefois, comme l'écrit le DUBOIS Y.⁵² dans son article, en mars 2016, « *une recomposition n'est jamais anodine sur le quotidien d'un professionnel* ».

Les modifications environnementales impactent les équilibres et en l'absence de sens donné aux réorganisations, l'aptitude au changement est précaire.

Il apparaît ainsi que la mise en place du GHT impacte les conditions d'exercice du DS et secondairement son identité. Une politique d'accompagnement semble ainsi se préfigurer.

La valence « **ressource** » amène des préconisations, autour des trois axes : ressource pour **structurer**, **impulser** et **innover**, au sein des nouvelles organisations de territoire, au cœur d'un ensemble de professionnels et d'alter-ego.

3.1.1 Le Directeur des Soins : une ressource pour travailler et structurer en mode projet :

Comme nous l'avons vu précédemment, le DS a toute sa légitimité et apporte ses compétences permettant d'exercer en « mode projet ». Nous abordons quelques points saillants suivants :

- **Structurer avec une nécessaire compréhension des enjeux**

Sa formation, ses compétences et sa veille professionnelle permettent au DS de saisir les enjeux de la territorialité et d'anticiper les évolutions attendues, les risques potentiels et les bénéfices pour autrui, notamment l'utilisateur.

Nous avons mesuré cela en assistant à une réunion de la CSIRMT de territoire, composée du président de la CSIRMT de territoire, d'un DS exerçant en instituts et des représentants des établissements partis (soit en la seule présence d'un cadre supérieure représentant son DS et une faisant-fonction de DS). Passé notre premier étonnement concernant la faible représentation des acteurs engagés (enjeu de la « chaise libre » avec

⁵² DUBOIS Y., mars 2016, *La pertinence sociale du GHT*, Gestions hospitalières N°554.

deux établissements représentés sur les cinq membres partis), nous comprenons que les acteurs représentant les établissements partis ne perçoivent pas les potentialités à saisir par méconnaissance d'une part des propres ressources de leur structure et d'autre part, par méconnaissance du projet médico-soignant de territoire.

Structurer pour mieux organiser chaque territoire qui a son identité et sa cartographie propre. Nous disposons d'outils de recueil qui permettent de faire un état de l'existant, entre ressources, faiblesses, opposants et facilitants, de quantifier les bénéfices et d'évaluer les coûts.

Lors d'une session de travail, réunissant les directeurs de soins et les représentants institutionnels désignés, nous proposons que soit réalisé :

- un SWOT⁵³ de territoire. Cela permettrait ainsi de conscientiser les points saillants, les ressources mutualisables, les opportunités à potentialiser et de faire vivre le projet de territoire.
- le choix d'indicateurs dits stratégiques. Dans une visée de cohésion, il nous semble intéressant de définir ceux-ci, collégialement. Ils permettent de relever, avec rigueur et précision, des informations contextualisées et significatives, compréhensibles par tous et responsabilisant dans la saisie. Ces indicateurs stratégiques pourraient concerner le bassin de population (données quantitatives et qualitatives), l'offre de soins proposée, les compétences et les expertises disponibles (...). Cela permettrait d'évaluer les influences et d'analyser les impacts à chaque étape du projet en saisissant les opportunités offertes.
- **Structurer avec un pilote dans le GHT : une clarification des rôles et une responsabilisation des engagés.**

Le GHT dispose d'une convention constitutive. Les articles R.6132-5, R.6132-6 et R.6132-17⁵⁴ énoncent la place du DS comme pilote et son rôle s'inscrit dans la coordination des parcours, d'une offre de soins pertinente ainsi que la coordination et la gouvernance des instituts.

La journée des conférences des Centres Hospitaliers présentée dans la revue « gestions hospitalières » en décembre 2016⁵⁵ avance le bouleversement profond engendré par la mise en place des GHT avec un enjeu principal se nichant dans la gestion des ressources humaines et des projets.

Dans cette dimension territoriale, nous cernons en première intention, l'équipe de DS, pouvant être amenée à travailler ensemble. N'oublions pas que, lors des entretiens, nous avons pris conscience que certains professionnels avec lesquels nous travaillerons

⁵³ SWOT : outil de stratégie d'entreprise / Strengths-weakness-opportunities-threats.

⁵⁴ Décret n°2016-254 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

⁵⁵ Compte-rendu « territorialité en santé ». Gestions hospitalières N°561- décembre 2016.

ne sont pas formés en tant que DS. Ces constats sont des décisions intra-institutionnelles dépendantes qui ne nous appartiennent pas.

Le DS fort de ses compétences, accompagne le projet managérial. Ce dernier favorise tant le maintien d'une identité professionnelle qu'une cohésion d'équipe, dans un contexte de transformations des structures et des organisations.

Etre pilote c'est alors être acteur, dans un cadrage territorialisé, avec des partenaires privilégiés engendrant une qualité de la coordination, stable, reposant sur une culture professionnelle et organisationnelle partagée. Charge à nous d'apporter cette cohérence dans notre champ d'exercice en ayant une vision stratégique et politique, en donnant sens et cohésion dans l'exercice attendu et en recherchant les compétences adéquates aux cibles des projets à atteindre.

En nous appuyant sur les écrits de BATAL Ch.⁵⁶, nous pouvons dire que le management de la coopération permet de donner et de conserver un sens au travail. Le DS apporte toute sa légitimité et fait figure de « *connecteur et de facilitateur* ».

Pour le suivi des actions, nous proposons que soit mis en place un comité d'entente territorial comme un groupe de travail restreint. Sa constitution, composée d'alter-égaux, au regard d'un réel positionnement, nous semble pertinente et fédératrice, dans le partage des valeurs communes, des actions à engagées, le partage des situations et le retour d'expériences.

Pour conforter cela, nous pouvons reprendre des recommandations que BELLENGER L.⁵⁷ présente à l'égard des managers hospitaliers dont les DS, entre l'exercice d'une « *autorité responsabilisante et l'exemplarité, faire preuve de reconnaissance et de résilience, accompagner le changement et vouloir coopérer* ».

Cette stratégie, inscrite dans un mode d'exercice et de conduite de projets, permet alors de passer d'une logique de moyens cloisonnés à une logique de services rendus, en redéfinissant les frontières professionnelles décroisées.

Définir les niveaux de responsabilité et les instances de pilotage permet de clarifier le niveau de décision, celui de la réalisation et la place de chacun. Cela vient ainsi réguler la dimension chronophage que nous avons retrouvée lors des entretiens, ou le dispersément lors des nombreuses réunions. Se recentrer sur ses missions propres est fondamental. Notre directeur de filière aura également attiré notre attention sur le risque de « vouloir être le chef de tout ». Une question lors des entretiens a, par ailleurs, soulevé la place du conseiller technique régional : peut-il être ce pilote ? Les avis sont partagés.

⁵⁶ BATAL Ch., 2016, (R)évolution du management des ressources humaines. Ed Septentrion.

⁵⁷ BELLENGER L., décembre 2016, in *territorialité en santé* . Gestions hospitalières N°561.

- **Structurer les ressources, préciser les modalités et définir la mise en œuvre du projet de territoire**

Retenons des entretiens que la mise en place des parcours de soins, ou une démarche qualité commune, montre l'intérêt fort et fédérateur du projet médical partagé, ou médico-soignant selon les territoires. L'accompagner, le « *faire vivre* », lui donner sens permet de signifier les objectifs communs. Comme nous avons pu le saisir lors des entretiens avec les CGS « *y croire, c'est permettre sa réussite.* »

La CSIRMT de territoire est un lieu à investir pour cela. Charge à nous de l'accompagner et de la consolider de façon opérationnelle. Reste à définir le pilote : si la fonction du président de la CSIRMT de territoire est inscrite dans les textes, une dimension intéressante de ce poste ressort des entretiens : évoquant un partage ou une rotation. Le bénéfice secondaire de cette posture serait de contenir une éventuelle prise de pouvoir.

Accompagner le changement, c'est aussi saisir les opportunités. Il est avancé la possibilité d'offrir à la CSIRMT de territoire, la « *liberté de proposer* » des thématiques. Cela vient ainsi conforter cette instance se devant d'être force de proposition auprès de la commission médicale du territoire. Il nous apparaît important que chaque DS participe ou contribue aux groupes de travail, visant la satisfaction des usagers et l'amélioration de la prise en charge. L'expertise des acteurs est alors recherchée dans une dynamique de consensus et traduite au niveau du territoire.

Cette adhésion dans un même mouvement sert aussi à consolider l'identité professionnelle des directeurs de soins. Se retrouver entre collaborateurs dans les groupes de travail, avec une thématique commune renvoie à l'aptitude de chacun à travailler ensemble et à partager : un apprentissage peut être nécessaire dans le monde de relation non plus hiérarchique et descendant mais bien dans une approche transversale. Ainsi c'est s'autoriser à aller de l'avant, à constituer une équipe de travail, à responsabiliser les différents acteurs impliqués, à valoriser les compétences présentes et disponibles.

Le DS se montre compétent pour être un appui, un pivot pour mettre cela en œuvre.

Reprenons l'exemple de la mise en place d'une charte de travail de territoire. Cela nous semble intéressant à proposer comme un ciment fédérateur, selon le contexte environnemental dans lequel nous serons amenés à exercer. Construite de façon collégiale, avec la même approche éthique du « *good judgement* » que nous pouvons retrouver lors de la formation à la simulation en santé, cela permet de signifier et de partager des valeurs communes fondant le projet de territoire. Ce ciment permet de lier les notions de travailler dans le respect, sans jugement de l'autre, dans le partage des connaissances et des expertises, avec la valeur de l'engagement professionnel.

Nous proposons que cette charte exprime les enjeux qui fédèrent : les valeurs affirmant l'engagement professionnel au service de la population à prendre en charge, les actions à inscrire dans la pérennité, les principes éthiques définissant sa façon d'agir entre nous, envers l'autre, envers soi. Formaliser cette charte nous apparaît pertinent pour créer un code de « bonne conduite en pays territorial », partagé par tous. Cela permet aussi de pérenniser les modes de fonctionnement dans le respect. Cela donne aussi un repère pour nous, acteurs, pour les professionnels que nous représentons et avec ceux pour lesquels nous agissons.

Accompagner ce changement vers une « *organisation opérante et apprenante* » peut se traduire assurément avec un plan de communication adapté, dans un contexte où chaque acteur peut trouver sa place « *suffisamment bonne* » (en s'appropriant les propos de WINNICOTT D.). Nous portons une vigilance quant aux éléments-clés à diffuser de façon cohérente et pertinente, dans chacun des établissements (diffusion interne) avec une même appropriation des enjeux et une mise en action sur la dimension territoriale (diffusion externe). Garantir cette communication claire et cohérente et être vigilant quant aux messages délivrés dans les champs de la communication, en intra et extra, permet de diffuser un même message aux acteurs engagés quel que soit leur niveau d'exercice. Les différents canaux et supports de communications, sous toutes formes, sont, à notre sens, importants à privilégier afin d'atteindre les différents acteurs-récepteurs. Dans cet axe de communication, nous proposons que la charte des valeurs proposée soit communiquée sur le territoire.

Pour conserver un rythme de travail, maintenir une motivation et l'engagement de chacun, nous préconisons que chaque réunion soit cadencée, planifiée avec un ordre du jour clair et un compte-rendu régulier. Le rôle des professionnels présents est alors à préciser à chaque séance : le rôle du secrétaire de séance est fondamental. Pour contrer l'effet chronophage et mobiliser la présence de chacun, il nous apparaît important de spécifier la nature des réunions qu'elles soient statutaires lors du lancement du projet ou de l'avancement de celui-ci, optionnelles lors de réunions d'informations. Il en est de même dans la précision du type d'action opérée, que ce soit une présentation communicante, une présentation d'un support d'information ou d'un article. Cela permet d'éviter l'effet « trop de communication tue la communication », démotivant et désengageant.

Lors des entretiens, nous avons saisi l'importance de définir l'organisateur et le lieu des rencontres. L'un des CGS a attiré notre attention : la présidence de la CSIRMT de territoire lui engendrait une surcharge de travail de + 33%.

Cela nous renvoie à l'article de SCHWEYER F-X⁵⁸ stipulant la « *fonction de responsabilité de territoire* » fondamentale du DS qui se positionne ainsi « *comme un animateur de directeurs de site* ». Si nous pouvons entendre que la première impulsion concernant la mise en place de la logistique puisse incomber au président de la CSIRMT de territoire, nous présumons que l'adhésion collective puisse se créer au travers du partage de telle tâche, pouvant amener un sentiment d'appartenance. Le lieu de réalisation des réunions est un choix stratégique et nous préconisons que cela puisse se réaliser dans chacun des établissements partenaires et inclus dans le GHT : la symbolique du lieu d'accueil s'ouvre vers l'extérieur, décloisonne et fait tomber les murs de résistance.

Comme nous l'observons dans le champ de la clinique avec la mise en place de la téléconsultation ou de la télé-expertise, nous préconisons l'usage des nouveaux outils visuo-médiatiques, tissant le maillage de communication, réduisant les distances géographiques, facilitant les contacts établis. Le choix de matériel compatible à un niveau territorial est primordial, comme la dispense d'une formation collective et le choix d'un prestataire assurant le suivi et proposant des mesures correctives lors de dysfonctionnement.

Nous préconisons ainsi une collaboration territoriale avec d'autres membres de direction qui selon leurs compétences apporteront une solidité au projet, comme maquetter un plan de formation continue avec le directeur des ressources humaines, définir et choisir le matériel avec la direction des finances et des services informatiques.

Ces éléments de réflexion sont à mener au niveau du territoire en tenant compte des freins locaux, accompagnant les résistances et valorisant les mises en actions innovantes. Le succès du projet réside bien dans la performance du pilote, du choix de l'équipe et du processus, en accordant une importance aux détails de réalisation.

- Les premières actions à évaluer lors de notre prise de fonction

Lorsque nous prendrons nos fonctions, les premières actions découlant du projet médico-soignant seront installées depuis quelques mois sur le territoire. Nous serons alors un nouvel élément dans un système constitué. Charge à nous de trouver notre place, de la définir, d'y apporter nos compétences et nos ressources afin de porter cette nouvelle organisation qui est un véritable enjeu pour le service public.

Par la prise de connaissance des comptes-rendus retraçant la dynamique des réunions précédentes, nous aurons ainsi la traçabilité des actions engagées, de l'échéancier défini, des acteurs impliqués. Cela nous permettra également de prendre la mesure de l'avancement des actions et des objectifs à poursuivre sur des thématiques-cibles. La mise en place de tableaux de bords, des plans d'actions, des diagrammes de

⁵⁸ SCHWEYER F-X, Mai 2017, *Les directeurs de soins dans la préfiguration des GHT*, Soins cadres supplément au N°102.

suivi permettent à chacun de suivre le déroulé et l'avancement du projet. L'ajustement des objectifs pourra se traduire avec des indicateurs de suivi définis collégialement. La démarche d'évaluation permet ainsi d'impliquer les DS dans la réalisation du projet, sa faisabilité, l'atteinte des objectifs et les axes de correction à apporter. L'objectif commun étant bien de satisfaire l'utilisateur dans les prises en charge quel que soit le lieu du territoire.

Par ailleurs, un plan de communication des résultats et du plan de consolidation de ces derniers est à penser et à traduire. Outre le fait de donner des éléments transparents aux acteurs d'un même territoire, c'est avec la volonté de traduire les actes entre participants et non uniquement entre « *sachants* ». Ce point de vigilance nous a d'ailleurs été présenté lors d'un entretien avec le CGS 2 stipulant que « *le pouvoir se niche dans la rétention d'infos entre sachants* ».

L'ensemble des moyens de communication est à prôner : publipostage, lettre d'information, etc. Ce qui nous amène à proposer un site internet dédié au territoire, ouvert aux professionnels et aux usagers. Les conditions de sa maintenance sont à définir au regard des compétences spécifiques attendus.

Comme nous l'avons mesuré lors des entretiens, la gageure est bien de faire vivre une nouvelle organisation au sein d'un territoire complexe. Cela nécessite la mise en place d'une réelle impulsion.

3.1.2 Impulser une dynamique de territoire :

Dans cette approche, « impulser » renvoie à la démarche d'accompagnement, à la capacité du groupe professionnel à aider une organisation à se transformer, à se réorganiser, à se re-définir, dans un environnement évoluant au regard des évolutions contextuelles.

EMOND C.⁵⁹ aborde cela dans son dernier article au travers de ce qu'il appelle « *une culture de l'agilité* ». Au-delà d'un « savoir », d'un « savoir être » et « savoir faire », nous retenons que la dynamique de travail collaboratif est impulsée par un « savoir agir ensemble ». Les conditions nécessaires sont à créer et à favoriser permettant ainsi l'émergence d'une culture et de valeurs, inscrites dans les équipes de travail et les nouvelles organisations, pour en extraire les bénéfices escomptés.

Comme l'a annoncé GRASSIN M., philosophe, lors des 15èmes journées de l'AFDS, en septembre 2017 : « *être en direction, c'est être garant des structures, de la culture et des relations* ».

⁵⁹ EMOND Cl., « l'innovation intégrale », <https://innovationintegrale.wordpress.com>

De ce fait, savoir agir ensemble, repose sur différentes approches comme la rencontre entre professionnels-partenaires, l'acculturation, le décloisonnement, l'animation de son réseau et trouver ses propres ressources. Ainsi,

- **Se rencontrer**

Toute organisation de travail repose sur la capacité des hommes et des femmes à se rencontrer, à confronter ses valeurs et en cela à trouver sens dans le travail commun à produire. Les entretiens nous ont amenés à prendre conscience que la nouvelle organisation territoriale impactait fortement les modalités de rencontres liées aux délais de route consécutifs, etc. Pour autant, apprendre à se connaître ne peut se départir d'une première rencontre en vis-à-vis, comme toute relation humaine et acte social.

Se rencontrer et apprendre à travailler ensemble est à traduire dans les organisations de chacun, dans les temps de travail formalisés et planifiés.

Apprendre et prendre le temps de se connaître sur la scène professionnelle permet ainsi de dépasser les a priori, à démystifier les entendus, à valoriser les atouts de chacun.

- **Apprendre une réelle acculturation**

La mise en place des GHT offre ainsi l'opportunité de travailler autrement. En sortant du système hiérarchique pyramidal, nous pouvons envisager un système transversal.

Si l'ensemble des acteurs exerçant à des postes de directions, notamment de soins, n'ont pas tous reçu la formation dispensé par l'EHESP, comme nous avons pu le voir lors des entretiens, nous retenons que la forme du travail partagé entre collaborateurs doit se construire dans une véritable acculturation. La voie ouvre le champ intéressant de la création, de la responsabilisation, de la valorisation et de la durée dans le temps.

Apprendre à travailler ensemble fait prendre conscience de la nécessaire approche dans la complémentarité et non dans la concurrence. En cela réside le vrai changement à accompagner autour des objectifs communs et d'offrir un panel de soins coordonnés et organisés à l'utilisateur.

Lors d'une séance de la CSIMRT de territoire, nous avons pu observer et comprendre les écueils existants en l'absence de transmissions d'informations, de non compréhension des enjeux autour du projet de territoire, non investi, ou de sa place comme acteur pouvant apporter des ressources plurielles.

Nous préconisons ainsi la mise en place de groupe de travail sur des thématiques-cibles de territoire venant ainsi mettre en valeur les compétences recherchées et l'expertise attendue, par chacun, à l'instar de ce que nous avons pu éprouver lors de notre année de formation à l'EHESP et des sessions de travail en inter-filière sur une thématique commune.

- **Prendre ensemble le virage identitaire**

Lors de nos entretiens, nous avons retenu que le virage identitaire était en cours car, jusqu'alors très « hospitalo-centré », il tend-(rait) à présent vers un décloisonnement des approches et des pratiques. Cela viendrait ainsi fonder l'engagement attendu dans la composante territoriale et dans la volonté de co-construire. Le directeur des soins y puise sa légitimité et par l'ouverture positive vers autrui valide l'exemplarité attendue par sa fonction.

Nous nous accordons sur le fait que ce virage identitaire n'invalide pas notre positionnement. Toutefois, nous cernons et interrogeons ce qui nous fut exprimé lors de l'entretien du DS 3 exposant que « *la posture de certains (DS) comme super infirmier rendait dommageable la profession* ». Cela nous renvoie aux propos de M.Grassin, qui présente « *le manager comme un interprète de la territorialité, qui passe par le vécu et pas par le prescrit* ».

Ainsi, la place du DS est réaffirmée dans les dimensions stratégiques et politiques et une grille de lecture des événements et des évolutions est pertinente à saisir dans tout travail en collaboration. Dans le giron de la coopération, le DS apporte des compétences et cette envergure d'être le pivot de la diffusion de la culture émergente du partage et de la coopération.

Les dernières réformes hospitalières sont venues changer nos organisations de travail, amenant l'élargissement du travail partagé, de la coopération et de l'approche du soin dans un versant décloisonné. Les compétences ne se trouvent plus uniquement dans le champ du sanitaire. La complémentarité des approches peut se trouver aussi dans le champ du social et du médico-social permettant de répondre aux besoins et aux attentes du patient. Cela permet d'offrir un prisme différent dans la prise en charge du patient et du profane-expert.

Lors de nos entretiens questionnant l'identité se pose également la question de la reconnaissance au travers de la grille salariale relative à la fonction. Fort de ce constat, nous ne pouvons avoir d'effet sur cet élément statutaire.

- **Dynamiser le territoire par un réseau professionnel et associatif**

La dimension de territoire, sur une plus grande envergure et dans une approche décloisonnée et moins hospitalo-centré, amène la nécessité de s'inscrire dans un réseau professionnel formalisé. Si le concept de réseau fait appel à certaines références, nous pouvons nous inspirer de quelques éléments comme l'apprentissage du partage, du « *travailler ou de jouer ensemble* » comme cela est rappelé par le DS 7, lors de nos entretiens.

C'est ainsi s'engager dans un travail ayant défini un sens commun, des objectifs clairement identifiés, des compétences mobilisables, voire des expertises selon les thématiques abordées.

L'inclusion dans ce type de réseau formalisé et relatif au travail est à enrichir par son engagement dans des formats de réseaux plus informels ou distanciés que nous pouvons retrouver au sein des associations par exemple. Cela permet ainsi de se tenir informé, d'être en veille, de compléter des niveaux d'expériences.

A l'heure des GHT, des éléments fondamentaux sont à saisir pour leurs mises en place. Il faut montrer un engagement dans son animation, pour « *le faire vivre* » car un réseau non régénéré se meurt rapidement.

Nous proposons ainsi de réaliser des rencontres régulières sur des thématiques de travail, se faisant écho à l'organisation des réunions proposées plus haut.

ALBERT E.⁶⁰ stipule dans son ouvrage que le partage du pouvoir permet d'endiguer le risque de prise de pouvoirs. Nous retenons aussi ce que notre directeur de filière nous exprime comme une mise en garde : « *ne pas vouloir être le chef de tout et en prendre conscience* ».

Nous proposons que l'implication du DS dans un réseau, quelle que soit la taille de celui-ci, national, territorial, inter-régional, soit relatée dans un rapport annuel de territoire qui tracera les actions menées, partagera les savoirs et les compétences, venant animer le territoire.

- **Se ressourcer et se former sont deux appuis nourriciers pour le DS**

Les entretiens avec le DS 3 et le CGS 3 nous pointent l'importance de ces deux axes dans un équilibre professionnel et personnel à atteindre.

Se ressourcer peut se travailler dans des activités de réseau, lors des rencontres entre pairs, lors des réunions associatives. Cela permet de « *prendre le temps de penser* », insiste le CGS 10.

Les échanges entre pairs permettent également de s'ouvrir et de mesurer ce qui se produit sur d'autres territoires, dans d'autres établissements, avec un « *effet benchmarking* » dicit le DS 3.

Se former et rester en veille professionnel est une réelle opportunité et un gain pour dynamiser un même territoire, avec des éléments probant de convergence et de complémentarité d'exercice. Ainsi comme le présente ROBELET M.⁶¹, le développement des formations permet de stimuler les dynamiques de coordination, soulignant les enjeux techniques et politiques de la question de la formation. Définir ainsi un socle de compétences permet de répondre, sur un territoire, aux enjeux de stabilisation et de

⁶⁰ ALBERT E., 2014, *Partager le pouvoir c'est possible*. Ed Albin Michel.

⁶¹ ROBELET M., janvier 2015, *Formation et nouveaux métiers de la coordination*,. Evaluation des politiques publiques et coordination des soins.

professionnalisation des activités. Elle évoque ainsi que la reconnaissance des compétences et des formations permet de réguler les rapports de pouvoirs entre les professionnels sur un même territoire.

Nous proposons, au regard de ces éléments, que le plan de formation territorial n'oublie pas la fonction des DS et qu'ainsi y soient reportées les actions de formations annuelles, sous forme de congrès, de journée d'études ou d'accompagnement à l'emploi, dans la même dynamique que pour tout agent professionnel. Par ailleurs, une démarche collective de formation est à proposer dans une approche fédératrice et collégiale, de partage de connaissances et d'informations.

Nous proposons que le président de la CSIRMT de territoire et le président de la commission médicale de territoire veillent aux relevés des besoins des acteurs managers de territoire.

Nous proposons également que chaque acteur formé puisse faire retour de cet « investissement formatif » auprès de ses pairs, lors de séances ou de commissions indiquant un point à l'ordre du jour. A l'instar d'un « retour d'expériences » nous pourrions proposer un « *retour de formation* », régulier et formalisé, amenant secondairement des éléments de réflexions communes et collégiales pour construire des pistes d'actions à proposer sur le territoire.

3.1.3 Innover en étant force de propositions consolide la valeur identitaire :

« *Aujourd'hui il faut être innovant et audacieux* », disait en 2015 Martin PIECHOWSKI⁶².

Ces adjectifs sont repris d'une certaine façon dans les propos tenus par DUBOIS Y.⁶³. Il énonce que l'hôpital, dès lors qu'il intègre un territoire et s'ouvre vers le réseau libéral, mobilise les réseaux et permet d'individualiser les parcours de patients. L'entité hospitalière accompagne les professionnels, dans la mobilité tant géographique que fonctionnelle, soutient les initiatives et les actions de délégations. Ainsi c'est ouvrir le champ possible de l'innovation.

L'acte de création et d'innovation, pour le DS, c'est tenir compte des évolutions environnementales, des besoins des populations, des contraintes diverses (techniques, financières, démographiques), de l'évolution des pratiques, managériales et de soins, de l'équilibre des professionnels, entre scène professionnelle et privée, ainsi que des nouvelles technologies et des équipements. Nous avançons que ces éléments de contexte favorisent des échanges entre pairs, lors de session de travail thématique en concordance avec le projet de soins de territoire.

La place du DS, comme accompagnant du changement et acteur favorisant la création, ne repose plus sur la hiérarchie verticale où le professionnel existe au travers de

⁶²PIECHOWSKI M. Discours sur l'évolution de Chronopost.2015.

⁶³DUBOIS Y., Sept. 2017, *Evolution des métiers de directeurs à l'hôpital*, SoinsCadres N°103.

son grade et de ses compétences. Il accompagne à présent le professionnel dans sa part de créativité, avec ses forces, ses faiblesses et ses émotions, dans un climat de confiance propice au nouveau type de management dit « agile ». Nous ne développerons pas le concept de cette nouvelle approche managériale mais préconisons que les principes soient portés par une politique institutionnelle et territoriale.

Le DS, moteur dans l'animation de coopération élargie, doit découvrir les différents exemples d'accompagnements, de méthodes de travail, en échanger et les confronter entre disciples, mobilisant les principes fondamentaux de la coopération entre pairs, permettant de consolider des valeurs identitaires.

Innover, c'est également oser et expérimenter ce qui n'existe pas encore sur notre territoire, faisant fi parfois de notre esprit cartésien. C'est imaginer ou adapter un dispositif éprouvé ailleurs, comme une inspiration, avec souplesse et réactivité. Sans oublier l'évaluation et l'impact de la création dans les organisations et la réponse aux besoins du public-cible.

Etre innovant et s'autoriser à créer, donc à penser, en collectif, sans jugement, au regard de ses valeurs et de son principe identitaire, c'est pouvoir mobiliser les principes de motivations au travail et d'engagement. La dimension de la qualité de vie et de bien-être au travail doit également concerner les professionnels dirigeants. Nous rappelons que des éléments négatifs sont mis en exergue lors des entretiens, évoquant l'augmentation et l'élargissement des missions, du temps de travail à investir, des délais de route, sans réelle reconnaissance salarial ou statutaire. Un CGS nous exprime le risque psycho-social potentiel touchant le DS dans ce nouvel environnement de travail : *« les conditions de travail changent avec une augmentation des contraintes et une diminution du « pouvoir » »*.

Etre innovant ne concerne pas uniquement le champ des organisations des soins à destination des usagers. Innover c'est également faire preuve de ressources pour rebondir, trouver une motivation, continuer à mobiliser ses compétences, au service de soi-même et de sa communauté professionnelle.

Nous préconisons des temps de formations pour comprendre ses propres aptitudes émotionnelles, des expérimentations de l'interpersonnel, des échanges avec des pairs et un accompagnement individuel. La prise en compte de son propre mode émotionnel est important à conscientiser dans un monde évoluant très vite, où le manager de direction doit se montrer adaptable, capable de s'adapter avec agilité au nouveau milieu, en prenant en compte une réalité en mouvement perpétuel. Le psychologue et coach, ARRIVE J-Y⁶⁴, nomme cela *« le développement de l'adaptabilité et de la plasticité »* dans l'évolution du métier de directeur que nous pouvons transposer au DS.

⁶⁴ ARRIVE JY, Sept.2017, *Les compétences à développer pour la performance collective de demain*, Soins Cadres N° 103.

Nous proposons la mise en place de groupes d'échanges de pratiques, de parrainage lors de l'affectation d'un nouveau professionnel DS sur le territoire, de journée d'intégration en-dehors des milieux hospitaliers. Il nous semble important dans les contextes mouvants, de sortir de sa propre zone de confort pour éprouver ses ressources aux contacts de ses pairs. Cela permet ainsi de construire une identité commune de travail, enrichie des regards croisés et des entités individuelles.

Innover c'est également valoriser. Si la production de comptes-rendus de séance, synthétiques, permettrait de tracer le nombre de réunions réalisées, nous préconisons que la valorisation des actions se traduise dans un rapport d'activités de territoire et porté à la connaissance des usagers et des professionnels (effet de communication). Nous proposons que la mise en place un rapport annuel d'activité de territoire soit un enjeu de traçabilité, un enjeu de communication, une valorisation des actions entreprises et des rencontres.

3.2 Des questions subsistent et nous interpellent

Lors des entretiens, nous avons noté des éléments autres que nous intégrons dans l'exploitation de notre analyse et qui amène une poursuite de notre réflexion dans plusieurs champs.

Tout d'abord celui de la formation : un questionnaire nous est livré sur l'évolution de la formation des DS. Dispense d'une même formation pour un exercice optant vers deux fonctions ? Il est également rappelé l'importance de l'apprentissage et de l'adoption d'un positionnement clairement ancré dans la dimension stratégique, politique plus qu'opérationnelle. Par ailleurs, l'intégration de la vision universitaire ne devrait-elle pas prendre une orientation forte vers le champ doctoral, signifiant clairement l'envergure de « hautes écoles. »

Concernant le profil de poste du CGS : sa « *définition est à géométrie variable, avec des missions supplémentaires et chronophages pour un salaire à l'identique selon la grille* ». Les CGS souhaitent éclaircir le métier de CGS, la fonction de président de CSIRMT de territoire et éviter ainsi l'amalgame entre « président et directeur DS ».

Enfin, la volonté de la loi sur la réorganisation est questionnée : est-ce une réelle volonté d'une évolution, une révision des périmètres des GHT, une volonté cachée de fusionner, de fermer des structures ? Force est de constater dicit le CGS 11, qu'est engagé un « *virage ambulatoire à outrance avec une fermeture des unités, une économie à grande échelle et un travail engagé par les structures elles-mêmes sans prendre en compte les réalités et les conditions de travail des agents, sans accompagnement* ».

Pour interroger la volonté de réorganisation portée par la loi, nous nous appuyons sur les propos du directeur des études de l'EHESP et docteur en droit, Philippe.MARIN⁶⁵.

⁶⁵ MARIN Ph., janvier 2016, *Le système de santé se réorganise complètement...* www.connexite.fr

La loi de modernisation du système de santé vient rénover et structurer les modes de réponses et de prises en charge pour la population, en réintégrant les champs sanitaire, médico-social et social. La réponse coordonnée et organisée en territoire est une véritable stratégie en santé pour répondre aux besoins de santé de la population. Il précise, comme élément fondamental, que le GHT ne dispose pas de personne morale. C'est ainsi un instrument qui dépend des acteurs en place et que les engagements à prendre sont soumis à leurs engagements et à leur volonté, ce qui peut engendrer des jeux d'acteurs. La pertinence des projets médicaux partagés ou médico-soignants sont des éléments vraiment structurants.

L'organisation en filière et en parcours est « *habile* » : cela donne sens et intérêt envers le patient. Reprenant les propos de Jean-Louis Touraine, il rappelle que ce n'est pas un modèle unique. Des modèles peuvent exister autrement. Cela pourrait alors renvoyer à ce que cette nouvelle organisation soit comme un modèle d'exemplarité.

Par ailleurs, selon lui, l'apparition des GCS, notamment dans le champ des instituts, vient répondre à l'absence d'entité juridique et instrumentaliser le GHT. Il confirme qu'en l'absence d'objectifs clairement annoncés, cela engendre un élargissement des missions des CGS et la souffrance chez des soignants, des acteurs impliqués.

Pour répondre à l'interrogation des interviewés sur la thématique du « que veut la loi », nous pourrions rapporter comme éléments de réponse les propos suivants de Ph.Marin : « *Si le GHT est bien une présentation d'une économie mesurée, cela n'est pas clairement porté par les pouvoirs publics. Le législateur se défend de donner un modèle unique de cartographie des réorganisations de territoires. Nous pouvons présupposer que le planificateur tendrait vers une évolution de dispositif, d'autant que sont connus les activités et les besoins à l'échelle des territoires. Le GHT serait un outil au service d'une « stratégie de groupe »* ».

Il semble ainsi que les premières pierres des enjeux qui impactent les établissements de santé du service public, amènent les prémices de nouvelles organisations, au service du patient.

Mais ils ne peuvent se suffire en l'état. Poursuivre les évolutions sont à entreprendre, pour stabiliser les organisations, pour éclaircir les attendus, faire tomber les craintes ou les fantasmes et pour clarifier les rôles des acteurs de demain.

Conclusion

Que ce soit pour s'adapter à de nouvelles réglementations, aux évolutions du contexte socio-économiques ou à l'accès à de nouvelles technologies, nos établissements de santé publics et, avec eux, nos organisations ne manquent pas de raisons de conduire des changements fréquents.

Un effort d'adaptation est demandé aux directeurs, parfois sans grands efforts, parfois avec protestations, ou bien dans une forme d'agressivité passive. Dans tous les cas, les changements impactent le travail et avec lui l'identité professionnelle lorsque les évolutions sont peu ou prou intégrées.

Dans la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire, l'évolution de la place du Directeur des soins apparaît dans un rôle fondamental au sein du travail collaboratif avec les partenaires engagés. L'acceptation du changement se vit positivement lorsque la participation de chacun est favorisée, accompagnée, contrant ainsi le sentiment de perte d'identité et de défiance.

L'évolution de ce rôle renvoie au concept d'identité professionnelle du Directeur des Soins. Toutefois, celui-ci ne peut s'appréhender qu'au regard de son ancrage passé et de sa projection vers l'avenir au travers de la notion de sens au travail.

Résolument, le métier de Directeur des Soins est tourné vers l'avenir et son identité n'est pas figée. Le changement de nos organisations donne un prétexte pour s'identifier à nos pairs, en donnant sens à nos actions, en les mettant en cohérence avec notre environnement de travail.

Notre travail de recherche a permis de mettre en exergue une entité forte permettant de réduire les incertitudes face au changement et à la recherche de sens dans les nouvelles organisations de travail. Cela repose sur le principe de la confiance et du soutien, en soi, en l'autre. Les acteurs engagés et touchés par l'ère du changement doivent arriver à se dépasser et à dépasser les craintes pour redéfinir le sens et se redéfinir dans la nouvelle situation pour retrouver une forme de cohérence dans les actions attendues, mais également dans leur groupe d'appartenance, leurs valeurs, leurs ressources et leurs ambitions. L'implication des acteurs est fondamentale pour mener le processus identitaire.

Il est important que le Directeur des Soins présente un engagement clair, comme un principe exemplaire, favorisant un climat de confiance dans le groupe de travail avec ses pairs et alter-ego. La satisfaction des actions à mener et la clairvoyance, voire l'anticipation des risques potentiels, permettent d'acquérir des connaissances et favorise le partage des expériences plurielles. Les temps d'échanges professionnels sont nécessaires pour se construire, en laissant un temps interstitiel permettant un espace de réflexion, d'expérimentation, de débats et d'innovations.

Les évolutions de notre système de santé se font l'écho des évolutions et des transformations que connaît notre société occidentale.

L'accompagnement du changement sera opérant avec les acteurs en place, comme le Directeur des Soins, œuvrant au sein d'une organisation favorisant la confiance au travail. Le processus est à construire dès la formation à l'école EHESP.

Le parcours de soins ne doit pas être qu'une logique institutionnelle : il appartient avant tout à la population, aux usagers. Cela doit s'inscrire dans le temps et l'espace pour que les soignants et les patients s'en saisissent.

Le directeur des soins a une réelle place à investir, pour accompagner cela, pour travailler dans une approche décloisonnée et pour donner sens au travail des acteurs engagés. Sa traduction du travail prescrit, son anticipation sur le travail perçu, sa vision et son sens de l'innovation s'inscrivent dans des valeurs communes que sont l'éthique et les valeurs partagées au sein d'une équipe de territoire, entre pairs, comme un modèle d'exemplarité qui permet de réduire les craintes et les résistances.

Décloisonner les approches et ouvrir le territoire, c'est aussi se tourner vers des expériences, vécues et éprouvées, à l'étranger. Avoir cette vision internationale permet également de prendre modèle sur des existants opérants et transposables dans notre propre système de santé.

Le sens de l'innovation et de l'ouverture au « reste du monde environnant » doit s'inscrire dans nos gènes.

Les systèmes s'organisent dès à présent et lors de notre prise de fonction, nous serons un élément supplémentaire dans un dispositif évoluant. Charge à nous d'y prendre place, avec un positionnement clair, avec une vision clairvoyante sur les enjeux, avec la volonté de mobiliser les ressources des acteurs pour que perdure la logique de groupe qui s'installe depuis peu dans le service public.

Pour clore ce travail de réflexion et de recherche et pour en ouvrir un autre, nous citons deux personnages publics. Theodore ROOSEVELT énonça que « le meilleur manager est celui qui sait trouver les talents pour faire les choses et qui sait aussi réfréner son envie de s'en mêler pendant qu'ils les font ».

Enfin citons Marcel PROUST pour relever les défis qui nous attendent demain : « il n'y a pas de réussite facile ni d'échecs définitifs ».

Bibliographie

Textes réglementaires

Disponibles sur internet : www.legifrance.gouv.fr

LOI

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi Evin.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

DECRET

MINISTERE DE LA SANTE. Décret n°75-245 du 11 avril 1975, relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers généraux et infirmiers généraux adjoints des établissements d'hospitalisations publics.

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°89-759 du 18 octobre 1989 relatif au classement indiciaire des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.

MINISTERE DE LA SANTE. Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier des Directeurs des Soins de la fonction publique hospitalière.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

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

ORDONNANCE

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE, DE LA REFORME DE L'ETAT ET DE LA DECENTRALISATION. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, dite ordonnance Juppé.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
Le « plan hôpital 2007 » entreprend une première réforme de la gouvernance, suite à l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005.

RAPPORT

Rapport Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2012 : L'hôpital. Edition La Documentation Française.

Ouvrages

ALTER N., 2009, *Donner et prendre. La coopération en entreprise*. La Découverte, coll. « textes à l'appui ».

ARISTOTE. La Politique. *L'Homme cet animal politique et social*.

BATAL Ch., 2016, *(R)évolution du management des ressources humaines*. Ed. Septentrion.

BELLANGER L., 2004, *Piloter une équipe projet*. Editeur ESF.

BERNOUX P., 2005, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Ed Seuil.

BREMOND Cl., 1964, *Drame hiérarchique et communication*. Communications.

CAYATTE R., 2010, *Manager un projet...oui mais comment ?*. Editeur ESF.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective*. Edition Seuil.

CADIN L., GUÉRIN F. et PIGEYRE F., 2002, *Gestion des ressources humaines : pratiques et éléments de théorie*, Ed. Dunod

DEJOURS Ch., 2016, *Situations de travail*. Ed. PUF.

DUBAR C., 1994, *Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel*, Traité de sociologie.

ERIKSON E., 1978, *Adolescence et crise. La quête de l'identité*, Ed.Flammarion

FALZON P. et TEIGER C., 2011, *Traité des sciences et des technologies de la formation*, Ed. Dunod.

HABERMAS J., 1999, *De l'éthique de la discussion*, Ed. Flammarion.

HATZFELD H., 2013, *Légitimité*, Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation.

KAUFMANN J-C., 2004, « *L'invention de soi. Une théorie de l'identité* ». Ed Armand Colin.
LE BOTERF G., 2013, *Construire les compétences individuelles et collectives : le modèle : agir et réussir avec les compétences*. 6^{ème} édition. Ed. d'Organisations.

MINTBERG H., 2003, *Le pouvoir des organisations*, Ed. D'organisation.

MUCCHIELI A., 2006, *Les motivations*, Collection Que sais-je, Ed. PUF.

ROBELET M., Janvier 2015, *Formation et nouveaux métiers de la coordination*,
Evaluation des politiques publiques et coordination des soins.

ROSANVALLON P., 2008, *La légitimité démocratique*, Ed. Seuil.

SAINSAULIEU R., 2014, *L'identité au travail ; les effets culturels de l'organisation*, Ed.
Presses de Sciences Po.

VIDAILLET B. et ABECASSIS Ph., 2005, *La décision*, Ed. De Boeck Supérieur.

WEBER M., 1996, *Le savant et le politique*, Ed. 10/18.

ZARIFIAN Ph., 2004, *Le modèle de la compétence*, Ed. Liaisons

Revues- Articles

ARRIVE JY, Sept.2017, « les compétences à développer pour la performance collective de demain » *Soins Cadres* N° 103.

BLOCH M-A, 6 janvier 2015, Journée d'étude « Evaluation des politiques publiques et coordination des soins ».

Compte-rendu « territorialité en santé », décembre 2016, *Gestions hospitalières* N°561.

DEVREESE E., Février 2002, « Légitimité du directeur et jeu des acteurs ». *Revue hospitalière de France*. Vol.2002.

DUBOIS Y., Mars 2016, « la pertinence sociale du GHT » *Gestions hospitalières* N°554.
Et Sept. 2017, « Evolution des métiers de directeurs à l'hôpital » *Soins Cadres* N°103.

GROSSER A, 28 janvier 1994, Les identités abusives. *Le Monde*.

SCHWEYER F-X, Mai 2017, « les directeurs de soins dans la préfiguration des GHT » *Soins cadres* supplément au N°102.

WITTORSKI R., 2008, « La professionnalisation ». *Revue Savoirs*. Ed. L'Harmattan.

Sites internet

BOYER F., 2017, *les 4 piliers du management collaboratif*, www.nextstart.fr

DELCOURT L., Coopération : définition, www.labelleouvrage.fr

EMOND Cl., L'innovation intégrale, <https://innovationintegrale.wordpress.com>.

GHT mode d'emploi, Vade-mecum, www.social-sante.gouv.fr/ght

Haute Autorité de Santé, outils et méthodes : guide parcours de soins. www.has-sante.fr

MARIN Ph. Le système de santé se réorganise complètement (...), du 28 janvier 2016, www.connexite.fr

MOHIB N. et SONNTAG M., La légitimité au cœur de l'action et de la compétence. 7^{ème} biennale de l'éducation et de la formation. www.inrp.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : GHT Vade-mecum, les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement

Annexe 2 : Sainsaulieu R. et al, 1995, *les nouvelles formes d'identités au travail* : modélisation, source Les mondes sociaux de l'entreprise,

Annexe 3 : Guide d'entretien

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des interviewés

Annexe 1 : GHT Vade-mecum, les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement.



vade-mecum

Les fondements

1• LE PROJET MÉDICAL PARTAGÉ ET LE PROJET DE SOINS PARTAGÉ	4
2• LES PARTIES PRENANTES	10
3• LA PLACE DES CHU	16
4• LA CONVENTION CONSTITUTIVE	20
5• LE PILOTAGE DU GHT	26

La création des GHT

6• LA CONSTITUTION D'UN GHT	34
7• LE CALENDRIER DE MISE EN PLACE	38
8• LA TRANSFORMATION DES CHT EN GHT	42

Les mutualisations

9• LES MUTUALISATIONS AU SEIN DU GHT	46
10• LE SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER CONVERGENT	51
11• LE DÉPARTEMENT DE L'INFORMATION MÉDICALE DE TERRITOIRE	56
12• LES ACHATS	60

Le fonctionnement

13• LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU GHT	64
14• LES RÈGLES BUDGÉTAIRES ET COMPTABLES	67
15• LA CERTIFICATION PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	70

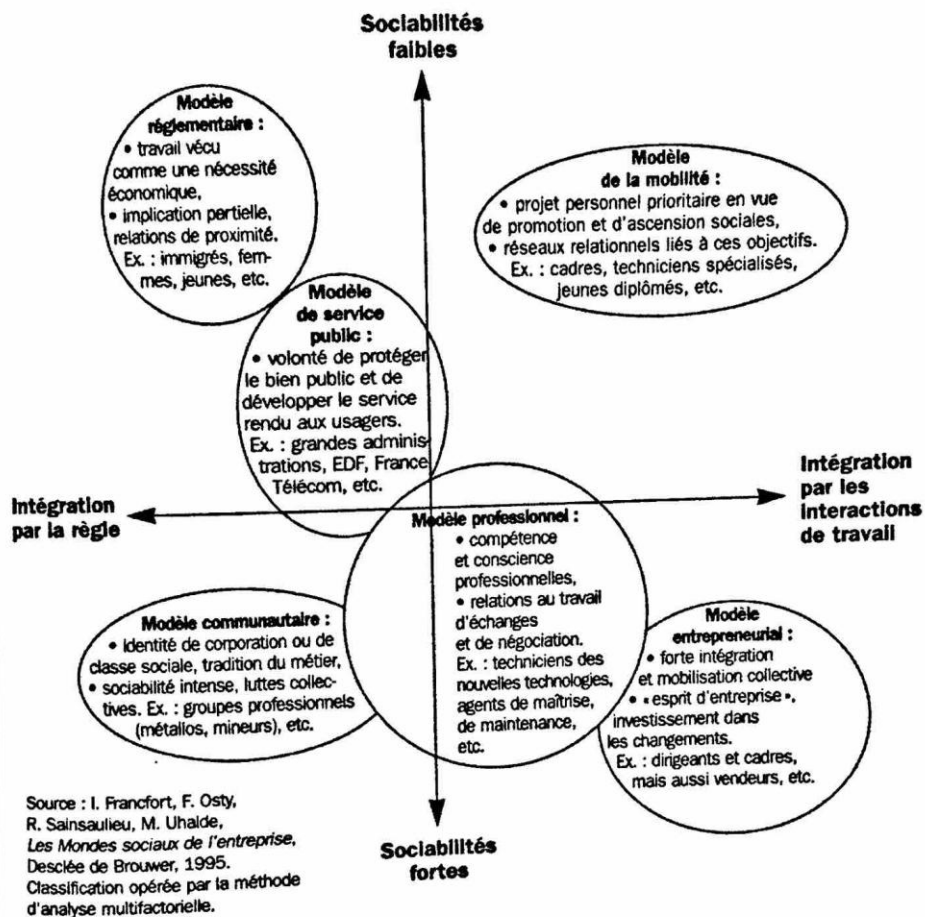
Les sigles utilisés

GHT Mode d'emploi

Annexe 2 : Sainsaulieu R. et all, 1995, *les nouvelles formes d'identités au travail* : modélisation, source Les mondes sociaux de l'entreprise,

LES NOUVELLES FORMES D'IDENTITÉ AU TRAVAIL

Les nouvelles formes d'identité au travail



Axe de l'intégration collective
Par la règle : valorisation du statut, faible implication dans le travail, et atomisation des relations.
Par les interactions de travail : échanges ouverts avec la hiérarchie, implication forte, valeurs de dépassement et d'accumulation des expériences.

Axe des sociabilités
Fortes : relations intenses et sur le mode affectif avec les collègues ; esprit maison ; valeurs de solidarité et de métier.
Faibles : relations avec les collègues limitées aux échanges cognitifs obligatoires ; retrait par rapport à la vie de l'entreprise mais attachement à la trajectoire individuelle.

Annexe 3 : Guide d'entretien

Présentation professionnelle puis présentation du contexte de la recherche

A la demande de l'interviewé : lui avoir transmis au préalable les premières pages de l'introduction par mail permettant une réflexion sur la thématique.

Annoncer que les échanges s'inscrivent dans la réalisation du travail de recherche portant sur l'identité professionnelle du DS à l'heure des GHT.

Annonce de la question de départ et des deux hypothèses dans un premier contexte de stage.

Respect de la confidentialité.

A l'interviewé : les points saillants à aborder au cours de l'entretien semi-directif :

- Demander sa fonction actuellement exercée, établissement, région administrative et GHT.
- Ancienneté dans la fonction
- Connaissance du contexte actuel
- Postulat de base
- Perspective sur la construction et la mise en œuvre du GHT
- Place du DS
- En quoi est-il « ressource » ?
- En quoi est-il légitime ?
- Partage de la légitimité ?
- Quid de son identité : évolution ?
- Quelles ressources sont attendues ?
- Comment « jouer ensemble » sur ce territoire
- Comment mettre cela en jeu ?
- Quid de la mobilité
- Quelles plus-values : en quoi résident-elles ?
- Aborder le management : quel type
- Evolution du métier
- Points de vigilance
- Enjeux de pouvoirs, jeu des acteurs.
- Stratégie des territoires
- Autres apports de réflexion
- Quelle vision

Aborder l'ensemble de ces points en rebouclant sur la thématique et les hypothèses de travail. Laisser la parole s'exprimer.

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des interviewés.

Code	Fonction actuelle	Etablissement	Type	Gestion/ Formation	Ancienneté	GHT	Région	Sexe
1	CT	ARS		G	≥ 5 ans	région	1	M
2	CGS	support	CH	G	≥ 5 ans	GHT 1	1	M
3	DS	support	CH	F	≥ 5 ans	GHT 1	1	M
4	CGS	support	CH	F	≤ 5 ans	GHT 2	2	F
5	DS	support	CH	G	≥ 5 ans	GHT 2	2	F
6	CGS	support	CHU	G	≥ 5 ans	GHT 3	3	F
7	DS	parti	CH	G	≥ 5 ans	GHT 4	1	F
8	DS	support	CHU	F	≥ 5 ans	GHT 4	1	F
9	CGS	Support	CHU	G	≥ 5 ans	GHT 5	4	M
10	CGS	support	CHU	G	≥ 5 ans	GHT 4	1	M
11	PCME	support	CH	G	≥ 5 ans	GHT 1	1	F
12	PCME	support	CHU	G	≥ 5 ans	GHT 5	5	M
13	DG	support	CH	G	≥ 5 ans	GHT 1	1	M
14	DS	support	/	G	N'a pas souhaité être interviewée.			F

LEROY

Cathy

Décembre 2017

Filière Directeur des soins

Promotion 2017

Le Directeur des Soins et le Groupement Hospitalier de Territoire : une Ressource entre enjeux identitaires, stratégiques et politiques.

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université RENNES-PARIS

Résumé :

A l'ère des évolutions économiques, culturelles et sociologiques, les organisations antérieures ne sont plus adaptées. Cela doit répondre aux exigences de l'hôpital et du territoire d'aujourd'hui et de demain, ainsi qu'aux exigences de mobilité et de défis à relever au travers de la valorisation du travail partagé et responsabilisant.

La mise en place du GHT impacte les conditions d'exercice du Directeur des Soins.
« *C'est une opportunité à saisir pour faire évoluer l'identité et développer sa légitimité* ».

Le Directeur des Soins de demain se positionne comme une ressource pour structurer, impulser une dynamique et innover. Il apporte une plus-value au sein des territoires, collaborant avec des professionnels et des alter-ego engagés.

Notre enquête, à la rencontre des membres de directions, apporte des éléments de réponses et de réflexions, validant nos hypothèses, tout en soulevant d'autres questions.

Mots clés :

Directeurs des soins, Territoire, Compétence, Légitimité, Identité, Confiance, Enjeux, Ressource, Plus-value, Innovations, Evolution de la loi.

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.