



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

**Le projet de soins partagé
de territoire :
un enjeu de positionnement pour le
directeur des soins**

Evelyne RISPAL

Remerciements

Je tiens à remercier Jean-René LEDOYEN, Isabelle MONNIER et Marie-Renée PADELLEC, ma tutrice de positionnement, pour leurs conseils avisés aux différentes étapes de ce travail de recherche ; Bernard DORLAND et Nadine BLUGEON, mes tuteurs de stage pour leur soutien et leur partage d'expérience ; tous les professionnels rencontrés pour leur disponibilité et la richesse de leurs propos ; ainsi que toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans le cursus de formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Epigraphe

« Préparer l'avenir ce n'est que fonder le présent. [...]. Il n'est jamais que du présent à mettre en ordre. A quoi bon discuter cet héritage. **L'avenir, tu n'as point à le prévoir mais à le permettre.** »

DE SAINT-EXUPERY A., 1948, *Citadelle*, Paris : GALLIMARD, p. 167.

Citation choisie par la promotion « Antoine de SAINT-EXUPERY » des Elèves directeurs des soins 2017

Sommaire

Introduction	1
1 PREMIERE PARTIE : LE CADRE THEORIQUE	5
1.1 De la planification sanitaire à la territorialisation de l'offre de soins : les coopérations, des leviers de performance collective	5
1.1.1 Du secteur sanitaire au territoire de santé : un nouvel outil de gestion	5
1.1.2 Les coopérations hospitalières : une incitation législative ancienne.....	6
1.1.3 Le groupement hospitalier de territoire : l'obligation de coopérer sur la base d'un projet médical partagé	8
1.2 Le projet de soins : un outil de communication	12
1.2.1 L'élaboration du projet de soins : une obligation règlementaire	12
1.2.2 Le projet de soins comme un objet-frontière.....	14
1.2.3 Utiliser la démarche projet pour donner du sens et innover	15
1.3 Le rôle du directeur des soins entre contraintes et opportunités.....	19
1.3.1 L'adaptation du management aux situations complexes.....	19
1.3.2 Construire dans la transversalité : un changement de paradigme	21
1.3.3 Leadership et confiance : un enjeu d'efficience pour le collectif.....	23
1.4 Notre problématique.....	24
2 DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE DE TERRAIN.....	27
2.1 La présentation de l'étude	27
2.1.1 Les objectifs de l'étude.....	27
2.1.2 La méthodologie de l'étude	28
2.2 Les résultats des entretiens.....	32
2.2.1 La démarche projet : quelle plus-value pour le directeur des soins dans l'élaboration du projet de soins partagé de territoire ?	32
2.2.2 Une dynamique de coopération inscrite dans une recherche d'équilibre et d'autonomie.....	36
2.2.3 Les difficultés évoquées par les acteurs de terrain dans la mise en œuvre des coopérations territoriales	39
2.3 Les conclusions de l'enquête	42

2.3.1	La vérification des hypothèses de départ.....	42
2.3.2	Les limites de l'étude	43
3	UNE EVOLUTION DU METIER DE DIRECTEUR DES SOINS DANS UNE DIMENSION TERRITORIALE.....	45
3.1	Impulser une dynamique de coopération pluri professionnelle	45
3.1.1	Le projet et l'acteur pour une culture commune	45
3.1.2	Le management à distance : une réalité à appréhender	48
3.2	Donner de la lisibilité aux organisations médico-soignantes	48
3.2.1	Un projet managérial pour renforcer la gouvernance	48
3.2.2	Des organisations médico-soignantes nécessairement réinterrogées.....	49
3.3	Porter un leadership clinique partagé.....	51
3.3.1	Le binôme médecin/cadre : une logique soignante partagée	51
3.3.2	De la formation initiale à l'exercice professionnel : la nécessité d'un partenariat instituts de formation et terrains de stage renforcé.....	52
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFDS : Association française des directeurs des soins
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ARS : Agence régionale de santé
ASH : Agent des services hospitaliers
CGS : Coordonnateur général des soins
CPP : Cadre paramédical de pôle
CHT : Communauté hospitalière de territoire
CLCC : Centre de lutte contre le cancer
CME : Commission médicale d'établissement
CSIRMT : Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CHU : Centre hospitalier universitaire
CRU : Commission de relation avec les usagers
DIM : Département d'information médicale
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
GHT : Groupement hospitalier de territoire
GCS : Groupement de coopération sanitaire
GIE : Groupement d'intérêt économique
GIP : Groupement d'intérêt public
HAD : Hospitalisation à domicile
HPST : Hôpital, patient, santé, territoire
LMSS : Loi de modernisation de notre système de santé
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
PMP : Projet médical partagé
PSP : Projet de soins partagé
SIH : Syndicat inter hospitalier
SROS : Schéma régional d'organisation des soins
T2A : Tarification à l'activité

Introduction

« Augmenter les ressources de la sécurité sociale, diminuer le taux de progression des dépenses hospitalières, financer le progrès médical et satisfaire les revendications des professions médico-soignantes, voici l'équation que doivent résoudre les différents gouvernements depuis plus de cinquante ans ! »¹

La recherche médicale fait de grandes avancées et les patients bénéficient de soins curatifs et d'investigation de plus en plus sophistiqués. La performance des soins techniques est indéniable au sein des structures sanitaires, mais au détriment parfois d'une prise en soins plus globale des usagers.

Notre système de santé ne consacre qu'une faible part des dépenses aux soins de prévention et reste marqué par l'hospitalo-centrisme avec des résultats décevants au niveau des déterminants de santé, dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques. Toutefois, depuis le renforcement des droits des patients instauré par la loi du 4 mars 2002², le paradigme a changé. Et depuis le législateur positionne l'utilisateur au cœur du système de santé comme partenaire, patient ressource ou encore patient expert.

Il apparaît aujourd'hui évident que notre système de santé ne peut plus rester centré sur la maladie. Ce décloisonnement clairement inscrit dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)³, grande loi de santé publique, a été réaffirmé par la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS)⁴.

Si la logique de coopération est désormais ancienne dans le secteur de la santé, travailler en réseau, en partenariat, s'impose désormais à tous les établissements publics de santé dans le cadre des Groupements hospitaliers de territoire (GHT). Cette obligation a pour but de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins, en renforçant la coopération entre les hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé (PMP), mais aussi en lien avec l'ensemble des structures publiques et privées du territoire.

Le PMP se présente comme la clé de voûte de la coopération.

¹ CLEMENT J.M., 2009, *La nouvelle loi hôpital patients santé territoire : Analyse, critique et perspectives*, Les Etudes Hospitalières : Bordeaux, p.10.

² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002.

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009.

⁴ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé. Journal officiel, n°0022 du 27 janvier 2016.

Qu'en est-il du projet de soins partagé (PSP), qui fait l'objet de notre travail de recherche, dans une approche territoriale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de proximité ?

Quel sens lui donner alors qu'il nous renvoie en tant que professionnel de santé, à la fois à une dimension collective mais aussi individuelle de la prise en soins?

« L'esprit santé publique est celui où l'individuel n'est pas isolé de son contexte forcément collectif et où le collectif ne néglige pas l'individu en tant que sujet singulier »⁵

« C'est à partir d'une logique de « l'usager » ou logique soignante que l'on pourra insuffler une nouvelle atmosphère d'humanité dans les lieux de soins et améliorer la qualité réelle du service offert. »⁶

En mettant en exergue, « une perspective soignante, porteuse de sens et aidante pour la personne soignée », Walter HESBEEN préconise que le terme « soignant » s'adresse à toutes les personnes exerçant leur métier en contact direct avec les patients, et pas seulement aux professionnels paramédicaux.

Il nous semble impossible de trouver une logique dans la séparation du projet médical et du projet de soins du patient, qui devient son projet de santé dans une vision holistique de ses besoins. Pourtant ces 2 projets restent encore perçus séparément.

Ce même constat était fait par Mme DUBOYS FRESNEY, Coordinatrice générale des soins (CGS) en 2004⁷, convaincue de la nécessité d'instaurer une convergence vers un projet centré sur le patient, afin de décroiser l'hôpital.

Aujourd'hui « l'élaboration d'un projet médical partagé dans le cadre de la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire, devrait faire l'objet d'une approche intégrée. Or le projet soignant était absent dans les premiers travaux portant sur le décret relatif au GHT⁸ ». S'il figure désormais dans le cadre juridique, la place du projet de soins dans les projets de GHT suscite toujours un questionnement.

Selon une enquête de l'Association française des directeurs des soins (AFDS) conduite en novembre 2016 auprès de ses adhérents, une vingtaine de GHT ont fait le choix d'élaborer un projet médico-soignant de territoire à la place d'un PMP et d'un PSP.

Par extension à la démarche, se pose la question des attentes des chefs d'établissement, des présidents des commissions médicales d'établissement (CME), des cadres paramédicaux, des usagers, des vis-à-vis des directeurs des soins, dans cette profonde réorganisation de l'offre de soins et de formation sur le territoire.

⁵ HESBEEN W., 1997, *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris : Masson/Inter Editions, p.40.

⁶ HESBEEN W., *op.cit.*, p. 2.

⁷ DUBOYS FRESNEY C., 2004, « Projet médical, projet de soin...vers le projet du patient », *Gestions hospitalières*, n°438, août-septembre, p. 531-535.

⁸ BAILLE N., 2016, « Directeurs des soins et évolution du système de santé », *soins cadres*, supplément au n°100, p. S28.

Au-delà du choix des mots : projet médical partagé, projet de soins partagé, projet médico-soignant de territoire, projets de groupement, comment fédérer les professionnels de santé afin de mieux répondre aux besoins de santé des usagers d'un territoire ? Comment relever les défis de santé publique de demain dans une démarche collaborative ?

Ces questionnements s'inscrivent dans la perspective de notre prise de fonction en qualité de directrice des soins et par conséquent de la responsabilité qui sera la nôtre dans l'élaboration et la conduite d'un projet de soins partagé à l'échelle d'un territoire.

Ils nous amènent à formuler ainsi notre question de départ :

En quoi le projet de soins partagé de territoire est-il un enjeu de positionnement pour le directeur des soins ?

Dans la première partie de notre mémoire, nous présentons la territorialisation de l'offre de soins et la dynamique de coopération hospitalière qui aboutissent aujourd'hui à la mise en place des GHT. Dans ce contexte, nous nous intéressons au projet de soins partagé de territoire, support de la politique managériale du directeur des soins.

La deuxième partie de notre travail de recherche nous permet d'explicitier la phase d'enquête et la méthodologie employée au sein de 2 GHT. L'analyse des 2 projets de soins partagés de territoire et de 16 entretiens semi-directifs, nous permet ensuite de confronter la réalité du terrain à notre questionnement de départ.

Dans la 3^{ème} partie de notre mémoire, nous formulons nos préconisations gages de réussite dans nos missions de directrice des soins sur un territoire de démocratie sanitaire, au plus près des attentes des usagers et des professionnels de santé.

1 PREMIERE PARTIE : LE CADRE THEORIQUE

1.1 De la planification sanitaire à la territorialisation de l'offre de soins : les coopérations, des leviers de performance collective

1.1.1 Du secteur sanitaire au territoire de santé : un nouvel outil de gestion

A partir des années 1970, le législateur prend une succession de mesures visant à rationaliser les dépenses de santé, à améliorer la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients ainsi que leur accessibilité pour tous.

La sectorisation psychiatrique officialise la notion de territoire, affirmée par la carte sanitaire, instaurée par la loi du 31 décembre 1970, dite « loi Boulin »⁹. Celle-ci a permis de planifier l'offre de soins et de répartir quantitativement les équipements.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière¹⁰, en mettant en place le schéma régional d'organisation sanitaire, introduit une dimension qualitative dans la planification sanitaire. Les besoins actuels et à venir de la population doivent être pris en compte.

Puis l'ordonnance du 4 septembre 2003¹¹, substitue aux secteurs sanitaires, les territoires de santé.

L'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance)¹² définit le territoire comme une « unité première du découpage géographique de l'offre de soins » avec la possibilité d'être infrarégional, régional ou interrégional.

« Or la définition des territoires doit-elle s'appuyer sur des notions géographiques (géographie humaine), des concepts économiques (efficacité, voire efficience), des intérêts corporatifs (maîtrise d'une université médicale, etc.), ou des volontés politiques (influences d'élus bien placés politiquement) ? »¹³

Au fil des nombreuses réformes hospitalières et de santé publique, s'est engagée une réflexion sur les coopérations territoriales avec la nécessité de définir des priorités d'action au niveau d'un territoire de santé.

Cette démarche a demandé de prendre en compte plusieurs facteurs, comme la notion de soins de proximité pour le plus grand nombre, les difficultés inhérentes à la démographie

⁹ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal officiel du 3 janvier 1971.

¹⁰ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel, n°179 du 2 août 1991.

¹¹ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médicosociaux soumis à autorisation. Journal officiel, n°206 du 6 septembre 2003.

¹² ARNAUD A., LEHERICEY H., TASSERY M. Guide méthodologique des coopérations territoriales. [visité le 10.04.2017], disponible su internet : www.anap.fr

¹³ CLEMENT J.M., 2009, La nouvelle loi hôpital patients santé territoire : Analyse, critique et perspectives, Les Etudes Hospitalières : Bordeaux, p.41.

médicale, ou encore les évolutions technologiques dans un contexte d'économies à réaliser.

La loi HPST consacre la notion de territoire de santé, devenue « territoire de démocratie sanitaire » avec la LMSS. La notion de « démocratie sanitaire » se matérialise par la mise en place des conférences sanitaires de territoire, avec la volonté d'associer plus largement les usagers aux décisions prises dans le champ de la santé.

De nouveaux modèles d'organisation des soins s'imposent afin de garantir à tous des soins de qualité et de sécurité dans un contexte de vieillissement de la population, d'augmentation des pathologies chroniques et de rationalisation accrue des dépenses de santé et notamment des dépenses hospitalières.

« **Le territoire devient un nouvel objet de gouvernement** pour les politiques de santé, et l'hôpital est clairement invité à s'inscrire dans cette nouvelle géographie. »¹⁴

Trois axes ainsi se dessinent : le territoire en réponse aux besoins de santé identifiés par le **diagnostic territorial partagé** ; le territoire comme support de **parcours de santé** pour l'utilisateur et le territoire vu à travers le prisme de la **coopération**, de la **coordination** et de la **concurrence**.

« Le parti est pris de considérer que la notion de « territoire » utilisée dans la construction d'une coopération territoriale correspond à un « territoire de projet », répondant aux usages de l'espace par ses habitants, constituant une réalité fonctionnelle appréhendable par chacun »¹⁵. Les repères traditionnels sont ainsi bouleversés dans le cadre d'une profonde réorganisation de l'offre de soins, marquée par le développement des coopérations territoriales.

1.1.2 Les coopérations hospitalières : une incitation législative ancienne

Selon le dictionnaire Larousse, la coopération est un processus selon lequel les individus participent à une œuvre commune, y concourent. Coopérer demande de partager les mêmes objectifs définis dans un projet commun, chacun apportant une pierre à l'édifice pour atteindre un même but dans le cadre d'une stratégie commune.

Cette définition traduit un engagement de part et d'autre, qui va au-delà d'une simple collaboration ou d'un partenariat. Cependant les établissements de santé, publics ou privés, ont toujours cohabité dans une logique de concurrence, de recherche de parts de

¹⁴ BALY O. (éd.), 2016, *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, Paris : Presses des Mines, p.8.

¹⁵ ARNAUD A., LEHERICEY H., TASSERY M. Guide méthodologique des coopérations territoriales. [visité le 10.04.2017], disponible sur internet : www.anap.fr p.49.

marché, qui ne fait que s'accroître, notamment depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), qui introduit la notion de résultat à atteindre¹⁶.

Le rapprochement des structures sanitaires n'est donc pas spontané et suscite des inquiétudes dans un contexte budgétaire contraint où coopérations et restructurations peuvent être intimement liées et suscitées des craintes.

Mis en place dans un objectif de rationalisation des dépenses de santé, les dispositifs de coopération disposent d'un cadre juridique désormais ancien, qui date du début des années 70¹⁷. Le législateur¹⁸ pose les premiers jalons des dispositifs de coopération, en permettant la création des syndicats inter hospitaliers (SIH), suivie par les groupements d'intérêt public (GIP) et les groupements d'intérêt économique (GIE). Dans ce cadre-là, ce sont les fonctions logistiques telles que la blanchisserie qui ont été concernées, mais aussi les structures de formation ou encore les plateaux techniques tels que l'imagerie.

Les ordonnances du 26 avril 1996¹⁹ viennent ensuite créer le groupement de coopération sanitaire (GCS), qui permet aux établissements publics et privés de conclure des partenariats sur la mobilisation de moyens mais aussi d'activités. Est aussi créée la communauté d'établissement. Ces premiers outils, visant à définir et à encadrer les liens juridiques que peuvent entretenir entre eux des établissements de santé, obtiennent des résultats mitigés²⁰. La coopération plus fonctionnelle qu'organique ne répond pas aux besoins d'économies attendues dans le secteur hospitalier.

La loi HPST affiche la volonté de clarifier les dispositifs existants et crée de nouveaux outils. Le GCS de moyens est étendu, pouvant gérer des activités supports et assurer des missions de service public et le GCS « établissement de santé » est instauré dans un objectif de reconfiguration du paysage hospitalier.

Dans le même temps, la création de la communauté hospitalière de territoire (CHT)²¹, « vise à favoriser le développement de complémentarité et les rapprochements entre hôpitaux publics autour de projets pertinents, en termes d'activité médicale, de taille des établissements et de flux de population. ».

L'objectif est triple :

« -améliorer l'adéquation de l'offre et de la demande de soins sur un territoire donné et adapter la taille des établissements dans une logique de performance ;

¹⁶ CLEMENT J.M., 2009, La nouvelle loi hôpital patients santé territoire : Analyse, critique et perspectives, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, p. 67.

¹⁷ *Ibid.*, p.55.

¹⁸ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel, n°179 du 2 août 1991.

¹⁹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996.

²⁰ CLEMENT J.M., 2009, La nouvelle loi hôpital patients santé territoire : Analyse, critique et perspectives, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, p.80.

²¹ *Ibidem.*

- assurer une offre graduée garantissant le juste soin, en partant du constat que chaque établissement ne peut assumer l'intégralité des missions d'un établissement de santé (permanence des soins, recherche, prise en charge des personnes âgées, chirurgie, réanimation, prise en charge de la précarité...);
- offrir aux établissements de santé des solutions intégrées de gestion pour développer des stratégies communes et mutualiser les moyens afin de les optimiser. »

Fédérative ou intégrative, l'adhésion à une CHT a convaincu peu d'établissements publics de santé. Par conséquent, afin de conduire à une véritable reconfiguration de l'offre hospitalière, la coopération doit s'inscrire dans une stratégie nationale et dans le cadre d'une politique de santé publique redéfinie.

1.1.3 Le groupement hospitalier de territoire : l'obligation de coopérer sur la base d'un projet médical partagé

Le GHT constitue une nouvelle forme de coopération conventionnelle fondée sur une adhésion obligatoire des établissements publics de santé. Il succède à la Communauté hospitalière de territoire (CHT), qui est supprimée.

La LMSS dans son article 107, transforme ainsi le pilotage des hôpitaux publics par la constitution des GHT, présentée à l'Assemblée nationale par la ministre, Marisol TOURAINE, « comme l'une des mesures les plus structurantes (...) pour l'avenir de notre système de santé »²².

Lors des débats, elle s'est exprimée en ces termes : « ...A l'avenir nos hôpitaux devront coopérer, impérativement, à la fois pour promouvoir un projet médical sur l'ensemble d'un territoire et pour garantir à chacun l'accès à des soins hospitaliers. De ce point de vue, les groupements hospitaliers de territoire sont une coopération territorialisée et la garantie d'un hôpital de proximité partout sur le territoire national... »²³

Trois principaux objectifs guident la démarche :

- mettre en œuvre une stratégie de prise en soins commune et graduée du patient ;
- assurer une rationalisation économique ;
- et réaffirmer voire renforcer le rôle régional du Centre hospitalier universitaire (CHU).

Les établissements sont ainsi contraints d'abandonner une logique individualiste bien ancrée pour une logique de groupe, une logique de coopération toujours plus intégrée, sans mentionner la fusion.

²² HOUDART L., 2015, « Coopération ou fusion ? Mutualisation ou délégation ? L'ambiguïté du « groupe-ment » hospitalier de territoire, Revue hospitalière de France, n°563, p.50.

²³ LAUDE A., TABUTEAU D. (éd), 2016, La loi santé : regards sur la modernisation de notre système de santé, Rennes : Presses de l'EHESP, p.396.

Les travaux de la mission Martineau Hubert ont mis en avant un point essentiel²⁴ : « le GHT ne peut se concevoir sans l'existence d'un projet médical de territoire partagé par tous les membres du GHT. Il suppose la délégation, à l'établissement support désigné par les membres du GHT, de fonctions stratégiques permettant la mise en œuvre de ce projet médical : la gestion d'un système d'information convergent, un département d'information médical (DIM) commun, la fonction « achats » et la coordination des activités d'enseignement et de recherche, (confiées par convention au CHU). »

Le GHT porte une nouvelle dynamique de coopération et de complémentarité entre les établissements, afin de positionner le service public hospitalier sur un territoire dans un processus de prise en charge coordonnée des soins. Appréhendé de façon plus globale, le rôle des établissements publics de santé passe « d'un statut d'offreur de soins » à un « acteur de santé à part entière »²⁵.

En recomposant en profondeur l'offre territoriale des soins, la création des GHT suscite bien des interrogations, des critiques et des craintes auprès des professionnels de santé. En droit privé, un groupe est un ensemble d'entreprises soumises au contrôle d'une société mère. Le GHT n'est quant à lui pas doté de la personnalité morale et s'inscrit dans un fonctionnement hybride qui peut être source de complexité au quotidien.

Le dispositif est double avec d'une part des modalités de gouvernance centralisées et d'autre part des règles décentralisées propres à chaque établissement partie du GHT, qui conserve la personnalité morale²⁶.

La création du GHT implique d'en organiser la gouvernance et de procéder à la mise en place des instances obligatoires comme le comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention constitutive et du PMP, ou le comité territorial des élus locaux. D'autres instances communes, collège médical, commission paramédicale de groupement peuvent être mises en place afin de permettre et faciliter les échanges et le partage d'informations.

« La répartition des rôles entre les acteurs n'est prédéterminée, à l'exception du directeur d'établissement qui disposera d'un véritable **leadership** [...]. Cette liberté d'organisation locale, sa pratique comme sa perception, sera un signe fort de **confiance** dans l'initiative locale. »²⁷ Il faut noter que **la notion de temps** et **l'importance d'une communication efficace** sont au cœur de la démarche afin de rapprocher tous les acteurs du GHT, y compris les représentants du personnel et les usagers.

²⁴ Ibid., p.394.

²⁵ Ibid., p.395.

²⁶ Ibidem.

²⁷ DUBOIS Y., 2016, « La pertinence sociale du GHT », *Gestions hospitalières*, n°554, p. 31.

« Cette convergence exclut la précipitation et un processus à sens unique de type *top down*, mais cela implique pour tous une forte capacité de proposition et de négociation, [...] ; malgré des enjeux très significatifs pour la qualité, la sécurité et le coût des soins, ces GHT sont probablement ceux qui seront confrontés aux résistances les plus fortes, de la part des médecins, des personnels et des élus. Ils nécessitent un accompagnement renforcé et une vision claire du projet médical mettant en lumière tous les gains à attendre aussi bien en termes de service médical à rendre à la population. »²⁸

L'élaboration du projet médical et soignant mérite une attention particulière, en y associant de la manière la plus large possible tous les professionnels impliqués dans la prise en soins du patient.²⁹

Dix conseils sont mis en exergue :

- appréhender la construction du projet médical et soignant partagé comme une aventure humaine, collective, menée dans la courtoisie et le respect ; mesurer la difficulté pour le corps médical de passer d'un exercice individuel à la responsabilité « populationnelle », de passer de la défense d'un établissement à la promotion d'une organisation territoriale ;
- concilier l'histoire des communautés soignantes et la sociologie des populations, « la juste subsidiarité et le nécessaire recours » ;
- harmoniser projet régional de santé, projet du GHT, projets des établissements pour un projet global à construire par filière ;
- s'interroger pour chaque activité sur la compétence des acteurs, la conformité du site, la pertinence de l'acte, le volume des actes pratiqués ;
- identifier un responsable médical et soignant par filière est « fondamental » ;
- « L'organisation de l'activité réglée est indissociable de celle de la permanence des soins » ;
- généraliser sur le territoire l'organisation de la recherche clinique ;
- coordonner la formation initiale et continue ;
- voir la fin du projet médical seulement lorsque les organisations sont lisibles pour la population et les professionnels de santé.

C'est dans un calendrier très contraint que chaque GHT doit présenter un PMP, qui demande de réaliser un état des lieux des filières et des partenariats existants et de déterminer un schéma cible d'organisation territoriale. Support d'une stratégie commune, il doit permettre d'apporter une réponse graduée et cohérente aux besoins de santé des

²⁸ Ibidem.

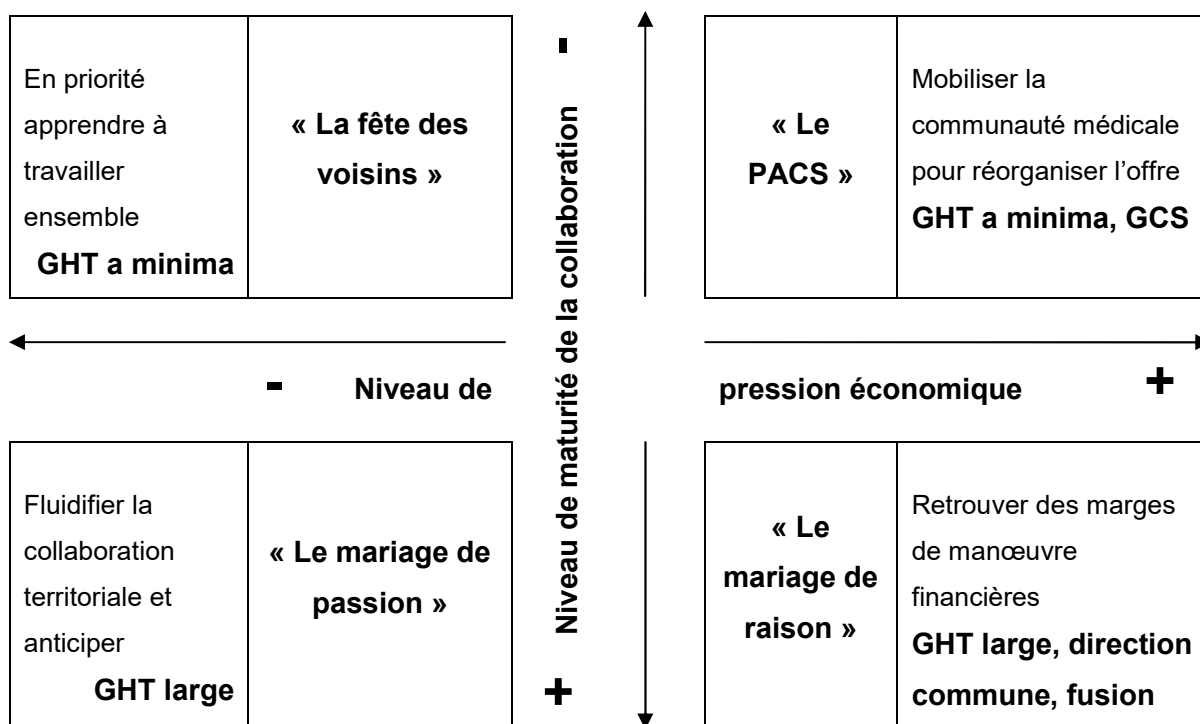
²⁹ Ibid.p.26.

usagers, tout en prenant en compte les conditions d'exercice des équipes pluri professionnelles.³⁰

Rechercher l'adhésion des professionnels, notamment en finançant les projets médicaux ; préparer la certification commune des établissements du GHT à l'horizon 2020 avec pour principal objectif la réduction du nombre des évènements indésirables graves liés aux soins et réaliser des économies par la productivité médicale, l'efficacité organisationnelle, le partage des compétences, la gestion de la démographie médicale et la réduction de l'intérim médical sont les axes majeurs de la démarche.³¹

« Avec la T2A on avait introduit la performance. Avec le GHT on introduit la filialisation territoriale ».

En fonction du niveau de maturité de la collaboration et du niveau de pression économique, la mise en œuvre du GHT et à sa gouvernance peuvent s'illustrer ainsi³² :



³⁰ HASS S., FENOLL B., 2016, « La qualité du service médical rendu : la question du projet médical du GHT », *Gestions hospitalières*, n°554, pp. 25.

³¹ NORDMANN J.P., « GHT : évolution ou révolution ? », *Finances hospitalières*, février 2016, p.10.

³² Ibid., p.11.

1.2 Le projet de soins : un outil de communication

1.2.1 L'élaboration du projet de soins : une obligation réglementaire

Le projet de soins, de rééducation et médico-techniques est un document réglementaire, qui au même titre que le projet médical, le projet social, le projet qualité ou encore le projet du système d'information, fait partie du projet d'établissement³³.

L'article L 6143-2 du Code de la santé publique, modifié par l'ordonnance n°2010 du 23 février 2010, précise que « le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. [...]. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. »

La logique de construction du projet d'établissement suppose une articulation entre les différents projets. Le projet de soins doit tenir compte des orientations du projet médical et des objectifs du projet qualité.

Ces différents projets pourraient devenir à terme « **le projet de prise en charge du patient.** »³⁴

Le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière indique dans son article 4 alinéa 3 : « il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. »

Présidée par le Coordonnateur général des soins, la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est l'instance consultative sur le projet de soins, l'organisation générale des soins et des activités paramédicales, la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ; les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers, la recherche et l'innovation dans le domaine paramédical, la politique de développement professionnel continu.

Par ailleurs le décret n°2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé précise dans l'article 6144-1, alinéa 8, que « la commission médicale d'établissement est consultée sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. »

³³ JOVIC L., RENAUT M.J. Guide du projet de soins : améliorations des pratiques professionnelles [visité le 13.02..2017], disponible sur internet : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr>

³⁴ Ibidem.

Celui-ci peut se définir comme « **un outil de formalisation des orientations et des objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de pratique clinique, d'organisation, de management, de formation et de recherche.** »³⁵

Il s'agit d'un document pluriannuel, qui fait l'objet d'un rapport d'activités chaque année, permettant l'évaluation des résultats obtenus et les réajustements nécessaires. En effet, « Les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) mettent en perspective les évolutions de l'offre de soins dans la région sur cinq ans. Cette vision prospective est articulée avec la stratégie des établissements par le contrat d'objectifs et de moyens négocié sur la base d'un projet d'établissement compatible avec le SROS. »³⁶

Dans le cadre de l'innovation amenée par la LMSS de 2016, se pose désormais la question de l'élaboration du projet médical partagé de territoire, ossature du projet du GHT. Comme nous l'avons vu précédemment, chaque établissement public de santé conserve une autonomie et les projets médicaux d'établissements doivent être au projet médical partagé ce que les projets de pôle sont au projet médical d'établissement³⁷.

Par extension, il en est de même pour les projets de soins de chaque établissement, qui découlent des orientations stratégiques des projets médicaux, mais sont aussi corrélés à des axes de développement dans le champ des soins paramédicaux.

Le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire³⁸, prévoit désormais que les établissements membres finalisent d'ici le 1er juillet 2017 le PMP et rédigent un PSP dans une démarche participative.

« Un projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est élaboré. Les équipes soignantes concernées par chaque filière qui y est mentionnée participent à sa rédaction ».

Un projet médico-soignant de territoire, comme le préconisait le rapport Martineau Hubert **peut** être élaboré, réunissant ainsi les 2 démarches dans un même document.

« La globalité ouvre donc sur le sens dont tout projet est porteur. »³⁹

Le projet peut être considéré comme une charte de référence, qui devient le support de l'action⁴⁰. Elle doit comporter les finalités et les valeurs consensuelles des principaux acteurs de l'institution.

³⁵ Ibidem.

³⁶ LAUDE A., TABUTEAU D. (éd), op.cit., p.392.

³⁷ DE MONTALEMBERT P., 2016, « Mission groupements hospitaliers de territoire : rapport de fin de mission », *Gestions hospitalières*, n°554, p. 34.

³⁸ Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire. Journal officiel, n°0101 du 29 avril 2016.

³⁹ BOUTINET J.P., 2005, *Anthropologie du projet*, Paris : Presses Universitaires de France, p.252.

Dans l'accompagnement de l'engagement opérationnel des équipes dans les grands axes du projet du GHT, le directeur des soins a donc pour outil de référence le projet de soins, dont il pilote l'élaboration et assure la déclinaison au sein des pôles cliniques et médico-techniques, au plus près des acteurs de terrain, dans une étroite collaboration avec les exécutifs de pôle et l'encadrement paramédical des établissements parties.

1.2.2 Le projet de soins comme un objet-frontière

Dans le cadre du GHT, l'hôpital « séjours » laisse la place à un hôpital « parcours », inscrit dans son territoire avec des professionnels travaillant en réseau.

Pour ce faire, le décloisonnement des frontières administratives et culturelles est nécessaire. Dans cette dynamique de changement, l'élaboration et la diffusion d'outils partagés occupent une place centrale. Travailler ensemble autour d'objets s'impose.

Ainsi dans le contexte de mise en place du GHT, nous pensons que le projet de soins partagé peut être assimilé à un « objet-frontière ».

Cette notion est utilisée pour décrire « comment les acteurs maintiennent leurs différences et leur coopération, comment ils gèrent et restreignent la variété, comment ils se coordonnent dans le temps et l'espace. Elle qualifie la manière dont les acteurs établissent et maintiennent une cohérence entre des mondes sociaux en interaction, sans les uniformiser et sans qu'ils deviennent transparents l'un à l'égard de l'autre. Les acteurs de ces mondes sociaux peuvent grâce à l'objet-frontière négocier leurs différences et créer une mise en accord de leurs points de vue respectifs. »⁴¹

Cette définition est porteuse « d'acceptabilité sociétale », notion qui revêt une importance particulière en situation complexe ou de profonds changements organisationnels.

La notion d'objet frontière et son étude illustrent la complexité de l'action conjointe entre les acteurs, qui demande de traiter de l'information et de prendre en compte les stratégies individuelles. Elle peut être déclinée en 4 dimensions⁴² :

- l'abstraction qui facilite le dialogue,
- la polyvalence qui renvoie à une pluralité d'activités ou de pratiques,
- la modularité qui fait que des parties de l'objet peuvent servir de base de dialogue entre les acteurs,
- la standardisation de l'information incorporée dans l'objet qui permet l'interprétation de l'information.

⁴⁰ Op.cit., p.106.

⁴¹ TROMPETTE P., VINCK D., 2009, « Retour sur la notion d'objet-frontière », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol.3, n°1, p.12.

⁴² Ibid., p.13.

Dans le cadre de la théorie des organisations, Paul Carlile distingue 3 registres de dialogue et de coopération entre les acteurs⁴³ : la syntaxe, la sémantique et la pragmatique, qu'il met en exergue, à travers l'évolution des savoirs, des pratiques et des croyances.

Il met en avant le problème des frontières qui se développent dans le champ des connaissances. Un objet frontière peut contribuer à les différencier et à les intégrer par 3 types d'activités : **le transfert**, **la traduction** permettant « la construction de compromis acceptables et de visions partagées », et **la transformation** quand les intérêts divergent et où des questions de pouvoir et d'alliances, d'échanges, de don et d'identité apparaissent.

1.2.3 Utiliser la démarche projet pour donner du sens et innover

Le projet d'entreprise en tant que processus à maîtriser, peut se définir comme « l'expression d'une volonté partagée avec 4 composantes⁴⁴ :

- une vision du futur concrétisée dans un grand dessein ;
- une volonté d'atteindre la fin fixée ;
- un système de valeurs partagées ;
- des priorités pour l'action. »

La gestion par projet se veut temporaire, en réponse à la conduite d'un changement ; elle fait se superposer une organisation pyramidale et horizontale; la direction générale étant habilitée à intervenir si besoin.

Le projet demande d'identifier un responsable et une équipe projet.

Le projet répond à une demande identifiable de la part du client, intérieur ou extérieur à la structure, en réponse à des exigences ou à des nouveaux besoins.

Tout projet présente 4 phases : une phase de définition, une phase d'organisation, une phase opérationnelle et une phase d'évaluation. L'organisation du projet comprend la planification, le plan de communication, la définition d'indicateurs de suivi du projet et d'indicateurs qualité, l'actualisation des jeux relationnels et la gestion de fin de projet.

Ce sont ces différentes phases qui vont permettre à l'équipe-projet de mener à bien la mission confiée⁴⁵.

Le sentiment d'existence par un individu ou un groupe est lié à la capacité à se projeter dans un futur.

⁴³ Ibid., p.21.

⁴⁴ BOUTINET J.P., 2005, *Anthropologie du projet*, Paris : Presses Universitaires de France, p.233.

⁴⁵ NERE J.J., 2000, *Comment manager un projet*, Paris : Demos, p.23.

L'un des modes d'**anticipation** est le mode de type flou ou partiellement déterminé⁴⁶. « plus que le plan, l'objectif ou le but, le projet avec sa connotation de globalité est destiné à être intégré dans une histoire, contribuant autant à modaliser le passé qui est présent en lui qu'à esquisser l'avenir. »

Ce projet qui s'inscrit dans le moyen terme, n'est jamais totalement réalisé **mais va être repris de manière itérative** ; ce qui est le cas du PMP et du PSP.

Ainsi la phase d'avant-projet qui consiste à faire un état des lieux, à analyser la situation en vue d'identifier les forces et les faiblesses par l'une des méthodes de résolution de problèmes, revêt une importance particulière.

Les expériences passées des différents acteurs, les coopérations existantes sont essentielles à prendre en compte car ce vécu contribue à la construction d'une identité tant personnelle que culturelle. L'expérience et donc l'appui sur les réalisations antérieures permettent de mieux vivre l'instant présent et de se projeter dans le futur, qui peut se définir comme « l'anticipation de ce que demain sera dans la continuité de l'existant mais aussi avec des ruptures ». ⁴⁷ Et ce dernier point peut devenir source d'anxiété en générant de l'incertitude et en inscrivant l'acteur dans la dynamique de changement.

Ce n'est qu'après avoir défini les objectifs stratégiques et opérationnels, qu'un plan d'actions est élaboré, prenant en compte les moyens à mobiliser.

Dans la mise en œuvre des actions planifiées chaque acteur de l'équipe a un rôle à jouer avec des responsabilités clairement identifiées. L'évaluation des résultats des actions mises en place va amener d'éventuels réajustements. Il est important de noter que « ...si le projet de référence n'est pas accompagné au sein de l'organisation de la mise en place d'un projet opératoire, il reste alors souvent de l'ordre d'un vœu pieux. » ⁴⁸

« Comme le souligne Norbert ALTER (2013), une idée ne devient bonne qu'en se déformant au contact de la pratique. » ⁴⁹

Les processus opérationnels ne sont pas entendus ici comme de simples applications, mais constituent « une source de création ».

Nous pouvons considérer que la mise en place du GHT constitue une innovation, ou encore « une destruction créatrice » ⁵⁰ qui va modifier les rapports sociaux et faire émerger de nouvelles règles dans les organisations de travail.

⁴⁶ BOUTINET J.P., 2005, *Anthropologie du projet*, Paris : Presses Universitaires de France, p.67.

⁴⁷ Ibid., p.53.

⁴⁸ Ibid, p.107.

⁴⁹ BALY O. (éd.), 2016, *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, Paris : Presses des Mines, p.59.

⁵⁰ ALTER N., 2000, *L'innovation ordinaire*, 4^{ème} éd., Paris : Presses universitaires de France, p. 2.

Dans cette démarche, **la communication joue un rôle-clé**⁵¹. Le pilotage du plan de communication est essentiel pour coordonner au mieux l'ensemble des acteurs à la fois au niveau stratégique et opérationnel. Il permet de faire le lien en interne avec la direction, le comité de pilotage et les équipes mais aussi en externe.

La conduite de projet peut apporter ainsi une réponse aux difficultés rencontrées dans les établissements de santé, souvent induites par l'absence ou l'insuffisance de communication. Elle permet de fédérer l'équipe projet dans l'objectif de maintenir sa motivation, de réunir les équipes pour dissiper les malentendus et les informations erronées, et aussi de se tourner vers l'extérieur pour informer, susciter des réactions et provoquer une dynamique.

La communication d'influence⁵² est non seulement un atout de l'animation de projet, mais représente un véritable enjeu, régie par 8 règles : -claire, réaliste, différenciée, mémorisable, mobilisatrice, déclinable, durable, fédératrice.

Le projet se veut fédérateur et peut s'assimiler à un contrat passé entre l'entreprise et les acteurs afin de rendre légitime les actions menées, d'apporter de la cohérence et du sens au travail collectif. La mobilisation des hommes revêt une double fonction⁵³ :

« -mieux intégrer les différents sous-groupes et les hommes qui les composent, en leur proposant une identité professionnelle dans laquelle ils pourront se reconnaître ;
-rendre l'entreprise moins vulnérable aux contraintes de son environnement en lui donnant l'occasion d'explicitier ce qu'elle veut et les moyens qu'elle entend prendre pour y parvenir ».

Le projet d'entreprise peut être considéré comme le produit d'une instance stratégique et l'expression d'une culture de base. Il permet ainsi à la fois le développement des hommes et l'efficacité de l'entreprise⁵⁴. « Cette conjugaison apparaîtra dans l'élaboration d'une charte fédérative, charte de référence au sein de laquelle culture et stratégie se retrouvent, charte précisée par des objectifs opérationnels qui vont orienter la tactique de l'action à court terme. Cette double ambition prend chez différents auteurs la dénomination de **projet partagé**... »

Celui-ci représente à la fois une « réalité à faire advenir », un « idéal inaccessible » ou encore une « illusion mystificatrice ». La recherche de consensus prend le pas en recherchant l'adhésion des différents acteurs à des valeurs communes.

⁵¹ NERE J.J., 2000, *Comment manager un projet*, Paris : Demos, p.53.

⁵² BELLENGER L., 2004, *Piloter une équipe projet : des outils pour anticiper l'action et le futur*, Issy-les-Moulineaux : ESF, p. 206.

⁵³ Ibid., p.236.

⁵⁴ Ibid., p.239.

En résumé, nous pouvons dire que « l'une des particularités du concept de projet est que se jouent en son sein deux ordres continuellement enchevêtrés, **l'ordre du discours** chargé d'explicitier, de prescrire et de planifier, **l'ordre de l'action** qui repère des possibles formalisés en intentions ensuite mises en pratique. Ce sont ces deux ordres qu'il nous faut simultanément prendre en compte, chacun dans sa singularité afin de déterminer les conditions qui nous permettent de passer de l'un à l'autre. »⁵⁵

Dans la démarche projet, la notion de temporalité avec ses différentes phases, de diagnostic, de transition, d'organisation et d'après-projet doit être prise en compte en ne négligeant aucune étape. « Lorsqu'une conduite à projet au lieu de conjuguer ensemble une pluralité de temporalités se laisse saisir par l'une ou l'autre temporalité érigée en dominante ou même exclusive, elle se dévoie de fait.⁵⁶ »

Selon R. SAINSAULIEU⁵⁷, l'entreprise est un lieu d'acculturation et l'analyse du sens donné à son action demande de s'intéresser à ses représentations et à ses valeurs professionnelles. C'est une approche qui permet de repérer les comportements qui ne peuvent pas être assimilés à des opportunités stratégiques.

Représentations, normes et valeurs définissent la culture. Appliqués aux situations de travail, ces concepts font apparaître 4 logiques⁵⁸ : la fusion, le retrait, la mobilité ou encore la négociation

La gestion par projet comme méthodologie du changement horizontal⁵⁹, utilise une structure matricielle qui se substitue à la fois au mode descendant hiérarchique et au mode ascendant à partir du terrain.

La gestion par projet devient latérale, transversale à tous les niveaux de l'entreprise pour le projet concerné, objet de l'innovation.

L'innovation peut se placer à 3 niveaux dans l'entreprise⁶⁰ :

- le niveau de la direction, qui définit les orientations auquel correspond le projet stratégique,
- le niveau du groupe opérationnel, qui est chargé de la mise en œuvre, auquel correspond le projet technique,
- le niveau du groupe soutien composé de spécialistes, devant définir comment réaliser le travail, auquel correspond le projet d'usagers.

⁵⁵ Ibid., p.278.

⁵⁶ Ibid., p.333.

⁵⁷ ALTER N. /éd., 2012, *Sociologie du monde du travail*, 2^{ème} éd., Paris : Presses universitaires de France, p. 104.

⁵⁸ Ibid., p. 109.

⁵⁹ BOUTINET J.P., 2005, *Anthropologie du projet*, Paris : Presses Universitaires de France, p.220.

⁶⁰ Ibid., p.222.

L'une des dérives de la démarche projet serait de se focaliser uniquement sur l'atteinte des objectifs fixés en amont, sur la base du suivi d'une série d'indicateurs, dans le cadre de planifications et d'évaluations ponctuelles à effectuer ; qui pourrait s'apparenter à « une obsession procédurale signe d'une dérive techniciste »⁶¹

Des injonctions paradoxales peuvent être mises en exergue : « **Je vous impose des normes pour créer** »⁶² ; **et ceci dans un contexte de crise culturelle et économique.**

Dans le cadre du GHT, la convention est l'outil juridique choisi qui renvoie au principe de liberté contractuelle. Son utilisation est très souple et elle repose sur le libre accord des parties. Les conventions apportent de la coordination entre les acteurs, en introduisant des normes, des règles, des représentations collectives afin de permettre l'action.

Ici « l'action collective ne diffère de l'action individuelle qu'à travers la pluralité d'acteurs en jeu, elle implique **une négociation permanente**, avec la prévalence d'une **logique de compromis**, d'une **logique de conflit et de tension**. »⁶³

La négociation demande deux conditions préalables indispensables⁶⁴ : l'existence d'un minimum d'intérêts communs ou complémentaires entre les acteurs concernés, et l'existence d'une solide motivation de part et d'autre afin de parvenir à un accord.

1.3 Le rôle du directeur des soins entre contraintes et opportunités

1.3.1 L'adaptation du management aux situations complexes

Désormais membre de droit du directoire depuis la loi HPST, le CGS, président de la CSIRMT, a un rôle essentiel de coordination auprès des équipes médicales et paramédicales, afin de garantir une prise en charge de qualité et de sécurité des patients et de leur entourage. Ainsi l'un des enjeux de **l'organisation polaire et territoriale** est le changement de modèle de la hiérarchie : il s'agit pour le directeur des soins de passer d'une organisation pyramidale à **un management par coordination**.

« La coordination est un processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale. »⁶⁵ Dans le système de santé, 3 niveaux de coordination sont identifiés : le niveau opérationnel ou clinique ; le niveau de la structure ou de la prise en charge et le niveau institutionnel (niveau macro).

⁶¹ Ibid., p.107.

⁶² Ibid., p.113.

⁶³ Ibid., p.279.

⁶⁴ Ibid. p.282.

⁶⁵ Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie : pour une prise en charge adaptée des patients et usagers-
Lexique de A à Z [visité le 30.09.2016], disponible sur internet : www.ars.sante.fr

La recherche de cohérence autour d'acteurs et de dispositifs doit permettre d'atteindre de hauts niveaux de performance. Le besoin de synchronisation et d'efficacité est au cœur de l'action collective. Il s'agit de savoir prendre en compte les contraintes de chacun et d'avoir la capacité à s'adapter et à trouver la meilleure des solutions pour le collectif. La mise en commun conserve toutefois « un caractère potentiellement inachevé »⁶⁶, qui demande aux acteurs un travail plus ou moins visible d'ajustement permanent.

L'organisation définie autour d'un projet partagé permet d'articuler l'ensemble des actions, de gérer les moyens humains et matériels alloués sur un périmètre donné avec des contraintes géographiques, temporelles et culturelles qu'il s'agit de prendre en compte.

Cinq facteurs déterminants de la coordination et de l'intégration des services de santé sont identifiés : la proximité culturelle, la standardisation, l'interopérabilité avec les systèmes d'information, la traçabilité et l'adaptabilité⁶⁷.

Au sein des établissements de santé, plusieurs logiques se côtoient, s'entremêlent et parfois s'opposent comme la logique soignante, administrative, financière...

L'évolution du rapport au travail, l'incertitude des organisations, l'amplification des interdépendances, la recherche de nouvelles valeurs, l'explosion des nouveaux modèles de management sont autant de facteurs complexifiant la réalité quotidienne du manager.

En 2009, Chantal De SINGLY mentionne dans son rapport : « qu'il soit manager, formateur ou expert, le cadre hospitalier épouse les évolutions en cours... Sur le terrain, l'organisation de l'hôpital en pôles doit se faire en cohérence avec son positionnement sur un territoire de santé au sein duquel se réalisent en complémentarité l'acte de soin et la prise en charge médico-sociale. Dans ce schéma se dessine un net renforcement de la dimension managériale dans la fonction d'encadrement »⁶⁸. Et à cette dimension opérationnelle du management, il convient de rajouter la dimension stratégique et visionnaire.

Le management peut se définir comme étant « l'art ou la manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler »⁶⁹. Quatre modes de management peuvent intervenir dans les situations de travail : directif, persuasif, participatif, délégatif. Le rôle d'animateur du cadre est essentiel ; l'image du décideur unique est devenue totalement obsolète.

⁶⁶ Ibidem.

⁶⁷ BALY O. (éd.), 2016, *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, Paris : Presses des Mines, p.163.

⁶⁸ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS : Mission cadres hospitaliers présenté par Chantal DE SINGLY, 11 septembre 2009.

⁶⁹ THIETART R.A., 1999, *Le management*, Paris : Presses Universitaires de France, p.7.

Pour autant, le « tout participatif » peut représenter un piège⁷⁰ car il ne s'agit plus d'adopter un style de management en excluant les autres, mais de les articuler ensemble pour une même personne. « Cette combinaison des modes de management pour une même personne dans une même unité de temps est un enrichissement indéniable (une complexification au bon sens du terme), mais qui permet de s'adapter infiniment mieux à la complexité des personnes et des situations. »

Cependant le projet participatif crée une dynamique institutionnelle, nécessaire pour s'inscrire dans l'action et atteindre les buts fixés. Mobilisés autour d'actions concrètes à mener, la créativité des acteurs du projet est encouragée car la démarche a du sens et permet des conduites innovantes. Ce mode de management s'oppose, « à la bureaucratisation croissante qui à terme devient paralysante »⁷¹ Le projet d'action redonne ainsi de l'initiative aux acteurs, en sachant que l'existence de zones d'incertitude permet des possibilités d'action.

En réponse à la complexité et à l'incertitude, le management évolue vers la flexibilité. Cette évolution met en avant deux modes de management : **le management participatif et le management coopératif**⁷².

Le premier « favorise l'autonomie, l'implication organisationnelle et l'adaptation aux fluctuations de l'environnement ».

Le second incite au partage de valeurs communes, développe l'entraide et le sentiment d'appartenance. Toute l'équipe est impliquée dans la réussite ou l'échec des actions entreprises, ce qui génère inévitablement des zones d'instabilité et demande de renoncer à un système prédictif.

1.3.2 Construire dans la transversalité : un changement de paradigme

Dans la mise en place des coopérations territoriales, fédérer les différents acteurs du parcours de soins de l'utilisateur autour d'objectifs partagés au niveau des pratiques soignantes, mais aussi dans le champ des ressources humaines, de la qualité et de la sécurité des soins, des systèmes d'information et de la formation initiale constitue un véritable défi pour les équipes de directions hospitalières.

Désormais, manager « **de et dans l'incertitude** demande plus d'agilité, d'anticipation, de réactivité, là où les procédures, les processus et les outils ont souvent installé des silos, de la rigidité dans un management vertical, mais aussi dans les relations transverses. »⁷³

⁷⁰ GENELOT D., 2001, *Manager dans la complexité : réflexions à l'usage des dirigeants*, Paris : INSEP CONSULTING Editions, p.143.

⁷¹ BOUTINET J.P., 2005, *Anthropologie du projet*, Paris : Presses Universitaires de France, p.135.

⁷² BOESPFLUG, M., 2007, « Des nouveaux modes de management pour répondre à la complexité », *Soins cadres*, supplément au n°64, p.S12.

Pour être efficace, le management transversal doit répondre à un paradoxe : apporter à la fois un cadrage mais aussi de la souplesse.

La transversalité demande « de recréer du lien dans ce qui est naturellement éclaté, de la proximité dans ce qui a tendance à s'éloigner, de la cohérence dans ce qui est soumis à des forces centrifuges. »⁷⁴

« Proche de la notion de participation, la **co-construction** renvoie à une question concrète : comment des acteurs ayant des points de vue différents peuvent-ils élaborer un **projet partagé** ? »⁷⁵

La co-construction peut se définir comme « un processus par lequel des acteurs différents confrontent leurs points de vue et s'engagent dans une transformation de ceux-ci jusqu'au moment où ils s'accordent sur des traductions qu'ils ne perçoivent plus comme incompatibles. Ce moment particulier est celui où ils pensent avoir défini un « monde commun » qui va fonder leur compromis : ils pourront alors poursuivre leur coopération afin de construire un projet d'action commun et réfléchir ensemble à sa mise en œuvre. »⁷⁶

La démarche de co-construction est au départ une initiative portant sur un objet nouveau, dans laquelle des jeux de pouvoir et des stratégies se dessinent.

J.-D. REYNAUD indique qu'une régulation à la fois autonome et de contrôle, s'équilibrent dans une régulation conjointe⁷⁷, qui suggère le mouvement. L'acteur collectif se constitue ainsi par des règles pour certaines explicites et d'autres implicites.

Le respect de la règle découle de l'engagement de l'individu dans le projet collectif. La convergence des acteurs autour de la règle la rend de plus en plus difficile à défaire au fur et à mesure que le nombre d'acteurs augmente.

Les règles du jeu vont osciller entre autonomie et contrôle.

Autonome vient du grec « autonomos », qui signifie « qui se gouverne par ses propres lois »⁷⁸. C'est l'opportunité de progresser et de s'épanouir en participant à un **projet partagé** qui est le premier facteur de motivation, lié à la **prise de responsabilités et d'initiatives**.

⁷³ LEMONNIER J., 2015, *Le management transversal : 30 outils pour favoriser l'intelligence collective*, Paris : Vuibert, p.7.

⁷⁴ Ibidem.

⁷⁵ FOUURIAT M., 2016, *La co-construction : une alternative managériale*, Rennes : Presses de l'EHESS, p.7.

⁷⁶ Ibidem.

⁷⁷ EYMARD-DUVERNAY F., 1990, "REYNAUD J.D., «Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale », *Revue française de sociologie*, vol.31, n°4, pp. 651.

⁷⁸ Dictionnaire LAROUSSE

1.3.3 Leadership et confiance : un enjeu d'efficience pour le collectif

« Le leadership est la capacité d'entraîner les autres avec soi dans un projet collectif par leur adhésion volontaire. »⁷⁹ La notion d'adhésion demande d'établir une relation de confiance, qui s'appuie sur 4 piliers : l'organisation, le leadership, le développement des individus et la coopération.

Les 4 figures du leadership peuvent se décliner de cette façon : mettre en mouvement, donner une place, préciser la direction et imprimer l'allure.

Ainsi **mobiliser, fédérer, donner le cap et communiquer** sont les 4 fonctions à assumer. « **L'exigence va au développement de l'intelligence collective⁸⁰, capacité à rendre efficace les approches collaboratives, au renforcement de l'engagement et de l'initiative, ce qui nécessite confiance et partage.** »

Cinq styles de leader sont identifiés selon la typologie de Blake et Mouton (1964)⁸¹ : aux côtés du leader laisser-faire, du leader autocrate, du leader intégrateur et du leader social, « **le leadership de compromis** essaie de concilier tous les objectifs. Il réalise un équilibre entre les impératifs de production et le maintien du moral des employés afin d'aboutir à des performances correctes ». D'autres auteurs identifient 6 styles de leadership : humain, participatif, autonome, d'équipe, défensif et charismatique.

Dans la démarche projet, auprès du « groupe moteur », « **l'instance charismatique va jouer le rôle du catalyseur fédérateur** »⁸².

Le concept de légitimité est central au sein d'une institution. M.C. SCHUMAN⁸³ a identifié une typologie détaillée en 3 catégories de la légitimité : les légitimités pragmatique, morale et cognitive, qui en s'ajoutant, constituent le fondement de l'autorité. La légitimité morale inclut la légitimité conséquentielle, procédurale, structurelle et personnelle.

Ainsi les organisations sont jugées sur leurs résultats, dans le cadre d'une conformité aux techniques et procédures ; et ce sera le cas pour le directeur des soins dans la déclinaison institutionnelle du projet de soins.

⁷⁹ DULUC A., 2013, *Leadership et confiance : jouer collectif, parler vrai, être humain*, 3^{ème} éd., Paris : DUNOD, p.94.

⁸⁰ LEMONNIER J., 2015, *Le management transversal : 30 outils pour favoriser l'intelligence collective*, Paris : Vuibert, 207 p.8.

⁸¹ DEJOUX C., 2017, *Du manager agile au leader designer*, 3^{ème} éd., Malakoff : DUNOD, p. 103.

⁸² BOUTINET J.P., 2005, *Anthropologie du projet*, Paris : Presses Universitaires de France, p.128.

⁸³ SCHUMAN M.C., 1995, "Managing legitimacy : strategic and institutional approaches", *ACADEMY OF MANAGEMENT REVIEW*, Vol.20, n°3, p. 578.

1.4 Notre problématique

A l'heure de la territorialisation de l'offre de soins, comme au long de ces dernières décennies, l'hôpital n'échappe pas à la complexité et même la concentre, dans le sens où il combine des dimensions économiques, techniques et sociales.

➤ Les recherches bibliographiques

Pour mieux appréhender le sujet, nous avons fait porter nos recherches sur la territorialisation de l'offre de soins et le développement des coopérations hospitalières, le projet de soins et la démarche projet, le management transversal du directeur des soins et son leadership.

➤ L'analyse respective des projets de soins partagés de territoire de 2 GHT

Nous nous sommes d'abord attachés à identifier la méthodologie d'élaboration, de diffusion et de déclinaison opérationnelle du PSP au sein des pôles d'activités cliniques et médico-techniques. Puis nous avons appréhendé son articulation avec le PMP.

➤ La réalisation d'un premier entretien exploratoire auprès du CGS de l'un des GHT, pilote du PSP de territoire et président de la CSIRMT

L'entretien a porté sur la territorialisation de l'offre de soins, la mise en œuvre du GHT et de ses enjeux, l'élaboration du PMP, du PSP, sur la notion de projet « médico-soignant », sur les forces et les faiblesses, les contraintes et les opportunités qui s'imposent aux différents acteurs hospitaliers. Les données recueillies ont contribué à élaborer une grille d'entretien semi-directif.

A partir de là, nous faisons les constats suivants :

-L'exercice professionnel s'inscrit dans un contexte où la mouvance a depuis longtemps pris le pas sur la stabilité.

-Le cloisonnement historique des pratiques professionnelles d'une pluralité d'acteurs favorise la fragmentation de la prise en soins des usagers.

-L'élaboration de parcours de soins, de parcours de santé et de parcours de vie, tente d'apporter plus de lisibilité et d'efficacité, dans un contexte budgétaire contraint.

-L'exigence de qualité et de sécurité des soins est partagée par tous les acteurs de santé et constitue le socle du travail collaboratif, à l'heure du développement des partenariats et des coopérations.

-Le projet permet de quitter la dimension individuelle de l'action et d'aborder sa dimension collective.

-Le métier de directeur des soins évolue vers plus de transversalité et dispose pour ce faire du PSP de territoire, qui doit s'imposer dans son articulation avec le PMP, comme un véritable outil fédérateur.

Dans ce contexte, en quoi le projet de soins partagé de territoire est-il un enjeu de positionnement pour le directeur des soins ?

C'est ce questionnement qui va faire l'objet de notre étude de terrain.

2 DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE DE TERRAIN

2.1 La présentation de l'étude

2.1.1 Les objectifs de l'étude

En regard de notre question de départ, notre objectif est :

-d'analyser les PSP de 2 GHT, dont la formalisation est en cours ;

-d'aller à la rencontre des managers hospitaliers impliqués dans la dynamique de mise en place des GHT, pour les entendre s'exprimer sur leur expérience professionnelle, leurs représentations du PSP de territoire dans son articulation avec le PMP ;

-d'identifier les difficultés rencontrées dans les pratiques managériales au quotidien ;

-d'identifier leurs besoins et leurs attentes.

Nous formulons 3 hypothèses de travail :

1ère hypothèse:

-La démarche de conduite de projet utilisée par le directeur des soins dans l'élaboration d'un projet de soins partagé, fédère l'encadrement médical et paramédical autour de la qualité et de la sécurité des soins.

2ème hypothèse:

-L'élaboration d'un projet de soins partagé comme outil de communication, contribue à valoriser le rôle du directeur des soins à l'échelle d'un territoire.

3ème hypothèse:

-Un management participatif, basé sur l'autonomie et la confiance, favorise le développement des coopérations territoriales.

2.1.2 La méthodologie de l'étude

L'analyse documentaire des 2 projets de soins de territoire formalisés au sein de 2 GHT (GHT A et GHT B) amorce notre travail de recherche.

Tout d'abord, nous constatons que c'est sur le modèle méthodologique proposé par l'ARS Ile de France en 2013⁸⁴, que les projets de soins des 2 établissements supports sont élaborés. Ces préconisations sont aujourd'hui relayées et adaptées par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) à l'élaboration du PSP du GHT⁸⁵. Nous retrouvons dans les PSP de nos 2 terrains d'enquête les principaux conseils méthodologiques, de contenu et de projection prodigués.

Au sein du GHT A, le PSP est élaboré « **en parallèle** » du **PMP** et est le fruit d'un travail commun des 2 directions des soins à partir de leurs projets de soins d'établissement respectifs.

Il sera partie intégrante de la convention constitutive et sera complémentaire du PMP.

Des actions sur des thèmes très proches ont été aisément partagées et des actions spécifiques développées de manière unilatérale ont été reprises dans le but d'en retirer des expériences et bénéfices communs.

9 thématiques, représentées sous la forme de **30 fiches actions**, sont retenues :

1- **améliorer le parcours patient**

2- promouvoir les **valeurs soignantes et la bientraitance**

3- améliorer le **dossier de soins** et la traçabilité des actions de soins

4- assurer une **prise en charge de la douleur** et sa traçabilité

5- **prévenir les risques et promouvoir une culture de la qualité et de la sécurité**

6- **renforcer les compétences managériales**

7- **assurer la permanence de l'encadrement**

8- développer **l'évaluation des pratiques professionnelles et la recherche paramédicale**

9- **promouvoir le lien avec les instituts de formation**

⁸⁴ JOVIC L., RENAUT M.J. Guide du projet de soins : améliorations des pratiques professionnelles [visité le 13.02..2017], disponible sur internet : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr>

⁸⁵ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Idées clés pour le projet de soins partagé [visité le 30.04.2017], disponible sur internet : www.social-sante.gouv.fr/ght

Dans le projet de soins figure aussi **le partage d'expériences** des 2 directions des soins **sur des thématiques en lien avec les organisations soignantes et la continuité des soins** :

- les maquettes et l'organisation des effectifs en regard de la charge de travail ;
- la continuité des soins jour/nuit ;
- la gestion des moyens de remplacement ;
- l'organisation des missions des agents des services hospitaliers (ASH) ;
- l'intégration des nouveaux cadres recrutés.

Au sein du GHT B, la volonté institutionnelle a été d'élaborer **un projet médico-soignant de territoire** qui comprend ainsi 2 volets : **un volet médical** et **un volet soins**. Celui-ci est élaboré sur la base des projets de soins ou des projets de vie de chaque établissement parties du GHT. Dans une approche de santé publique, il décline la politique générale des soins et identifie 6 axes de travail stratégiques.

La politique générale des soins repose sur :

- un socle de valeurs**, une démarche éthique et de bientraitance ;
- une réponse aux exigences de **qualité et de sécurité des soins** ;
- une **complémentarité** et une **coordination des acteurs** de soins et de santé du territoire ;
- le **respect des besoins ; des attentes, de l'information et des droits des usagers** ;
- l'**engagement des directions des soins** du GHT à faire évoluer, converger et **harmoniser les pratiques professionnelles** pour les sécuriser.

Les axes stratégiques suivants font l'objet de plans d'actions à partir d'objectifs opérationnels :

- Axe 1 : qualité et sécurité des **parcours patients** en tous lieux du GHT
- Axe 2 : développer des **organisations apprenantes et performantes**
- Axe 3 : **développement et gestion des compétences des professionnels de santé**
- Axe 4 : **accueil et encadrement des stagiaires**
- Axe 5 : **santé publique**
- Axe 6 : **recherche en soins paramédicaux et innovations organisationnelles**

L'élaboration des PSP respecte les différentes étapes de la démarche projet.

Un comité de pilotage animé par le CGS Président de la CSIRMT de groupement (GHT A) ou de territoire (GHT B) est constitué. Plusieurs groupes de travail sont mis en place afin d'élaborer le PSP.

A la suite de l'analyse documentaire, notre étude qualitative nous conduit à réaliser 16 entretiens semi-directifs (8 entretiens dans chaque GHT).

➤ **Le choix de la population**

Notre échantillon se compose de 16 personnes.

Au sein du GHT A ont été interviewés selon leur disponibilité : l'adjoint du Directeur général de l'établissement support du GHT, le Président de la Commission médicale d'établissement (CME) de l'établissement support, le CGS de l'établissement support, le CGS de l'établissement partie, le directeur des soins de l'établissement partie, 2 cadres paramédicaux de pôle (CPP) et 1 cadre paramédical.

Au sein du GHT B ont pu être interviewés : le Directeur général de l'établissement support, le CGS de l'établissement support, le CGS Président de la CSIRMT de territoire, 1 chef de pôle, 2 CPP, 2 cadres paramédicaux.

➤ **Les critères d'inclusion**

-Les personnes interviewées sont des managers (directeurs, médecins, cadres paramédicaux) exerçant au sein des établissements publics de santé, supports ou parties des GHT A ou B.

➤ **Les critères d'exclusion**

-Les managers hospitaliers non impliqués dans les groupes de travail relatifs à l'élaboration du projet de soins partagé de territoire.

➤ **Le recueil de données**

Dans notre recherche du vécu, des représentations et des valeurs, nous avons fait le choix de conduire des entretiens semi-directifs, d'une durée maximale d'une heure.

Avec l'accord de chacun, les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement dans un souci d'exhaustivité dans le recueil des propos. Dans la mesure du possible, les attitudes non verbales ont été prises en compte.

Les objectifs de l'enquête ont été donnés à la personne interviewée lors de la prise de rendez-vous. Son consentement oral lui a été demandé, en l'assurant de l'anonymat des données recueillies.

La grille d'entretien (annexe III) a été élaborée en regard de notre problématique et des hypothèses de travail retenues.

Cadre de référence de l'entretien, ce guide comporte quatre thèmes :

- la trajectoire sociale,
- le projet médical partagé et le projet de soins partagé,
- les attentes des acteurs,
- La prise en soins.

Chaque thème est décliné en sous-thèmes, permettant le cas échéant de recentrer le discours des personnes sur le sujet.

Nous avons fait en sorte que les personnes interviewées puissent s'exprimer librement à partir d'une question ouverte, portant sur la territorialisation de l'offre de soins et l'élaboration d'un projet de soins partagé de territoire.

A partir de là, nous avons cherché à préserver la non-directivité dans la conduite de l'entretien pour augmenter la fiabilité du recueil de données. Des phases de relances ont parfois été nécessaires sur les thèmes ou sous-thèmes non abordés.

Les entretiens se sont déroulés dans le bureau de l'interviewé ou dans une salle de réunion.

➤ **La durée de l'enquête** : du 27 février au 14 juin 2017

➤ **L'analyse des résultats**

L'analyse des résultats a été faite de la manière suivante :

- Les entretiens enregistrés ont été retranscrits.
- les éléments ont été catégorisés selon la même grille de lecture.

Les données recueillies lors de chaque entretien sont catégorisées en quatre thèmes : le contexte hospitalier, les données socioprofessionnelles, le projet de soins partagé, les stratégies d'adaptation.

Elles sont ensuite synthétisées pour chaque thème, sur des diagrammes (**annexe IV**).

➤ **Le lieu de l'étude**

Le premier GHT investigué (A) est composé de 2 établissements parties, basés en zone urbaine, comparables en taille et en niveau de qualité du service rendu aux usagers. Par ailleurs, une gouvernance équilibrée existe entre les 2 établissements. C'est la dynamique d'activité de 2011 à 2015, qui a orienté le choix de l'établissement support.

Un Centre hospitalier universitaire (CHU) ainsi que des structures privées, sont engagées dans des coopérations avec les 2 centres hospitaliers dans un souci de maillage territorial au plus près des besoins des patients. Des partenariats sont également développés avec

les établissements médico-sociaux du territoire. Les établissements sont signataires de contrats locaux de santé, dans la nécessité de pallier le manque de médecins de ville. Ce GHT s'insère sur un territoire de santé démographiquement dynamique, caractérisé par une précarité multifactorielle et marqué par des indicateurs de santé défavorables.

Le 2ème terrain d'enquête (B) est un GHT composé de 11 établissements membres dont 4 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de 3 établissements associés dont 1 CHU et 2 établissements d'Hospitalisation à domicile (HAD) et d'établissements partenaires dont un Centre de lutte contre le cancer (CLCC). La mise en œuvre du dispositif de coopération territoriale vise à mieux utiliser les ressources dans un contexte budgétaire contraint. Il s'agit aussi d'apporter une réponse aux difficultés majeures de la démographie médicale et aux problématiques des inégalités territoriales d'accès aux soins, auxquelles la mise en place de parcours de soins selon une logique de gradation des soins, est une réponse.

2.2 Les résultats des entretiens

2.2.1 La démarche projet : quelle plus-value pour le directeur des soins dans l'élaboration du projet de soins partagé de territoire ?

Notre enquête nous amène à dire qu'il n'y a pas « une bonne façon » de faire travailler ensemble les équipes médicales et paramédicales et l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours de soins, le parcours de santé, le parcours de vie des usagers mais qu'il s'agit d'adopter la démarche qui répond le mieux aux besoins d'un collectif de travail à un moment donné, en regard des résultats à atteindre.

« Le projet médico-soignant, il ne s'agit pas d'en faire un étendard, en disant on sera parmi les premiers à travailler ainsi » affirme le directeur d'hôpital du GHT B.

Le défi pour le CGS du GHT A est ailleurs :

« Il s'agit avant tout d'inscrire le PSP dans les orientations du PMP, sans qu'il en soit uniquement la déclinaison opérationnelle. La forme que prend le document n'a pas véritablement d'importance ; c'est la démarche qui doit être conjointe ».

Il semble donc que le débat ne soit pas d'élaborer ou non un projet médico-soignant.

« Le projet de soins partagé doit être lisible et accessible à tous, notamment aux membres des CSIRMT locales et territoriales. Un projet médico-soignant, c'est très lourd. Il faut comprendre le sens des axes stratégiques.[...]. Mais l'articulation entre les 2 projets n'est pas quelque chose d'affolant et a été vite intégrée au sein du groupe des directeurs des soins » précise le Président de la CSIRMT du GHT B.

Dans le GHT B, la décision d'élaborer un projet de soins médico-soignant a été prise tôt et il s'agissait d'une méthodologie déjà utilisée ensemble par le directeur d'hôpital et le CGS, président de la CSIRMT, dans une autre structure hospitalière, qui avait réussi.

Le directeur d'établissement s'exprime en ces termes sur la conduite du projet :

« Il y avait là un terreau plutôt fertile avec de l'expérience. Quand ça marche à un endroit, on est plus serein pour le porter ailleurs.[...]. Je pense qu'on a fait tomber ces 5 dernières années cette cloison qui était parfois un peu étanche entre le projet de soins et le projet médical mais aussi une vision de la part des médecins qui était de dire le projet de soins n'est que la déclinaison du projet médical.[...]. Moi, ce qui me satisfait c'est que c'est venu assez naturellement; peut-être plus facilement pour les soignants et notamment les directeurs des soins du territoire, mais en tout cas je n'ai pas entendu de manière très formelle un blocage de la part d'un établissement... »

Dans l'élaboration du projet de soins partagé, les CGS des 2 GHT déploient une **démarche participative** afin que la concertation des acteurs soit la plus large possible. La confrontation des valeurs et des points de vue dans la recherche d'un consensus, est une étape essentielle dans le choix des acteurs et des thématiques retenues, comme nous le précise l'un des directeurs d'hôpital.

Le président de la CSIRMT du GHT B insiste sur le fait que *« chacun doit apprendre à parler le même langage. »*.

Assimilé à un objet-frontière, le projet de soins partagé permet de négocier les différences et de parvenir à des compromis⁸⁶.

Laisser s'exprimer les points de vue, être disponible pour les pilotes des groupes de travail représente un enjeu fort pour les équipes de direction, dans un contexte d'action incertain et de partenariats souvent naissants. La négociation est permanente dans un contexte de profonds changements où chaque acteur doit trouver un intérêt individuel à agir collectivement⁸⁷.

Au même titre que le diagnostic territorial pose le cadre de *la filialisation territoriale*⁸⁸ imposée par le législateur, la phase d'avant-projet d'analyse de l'existant et des niveaux de coopération prépare le futur projet de coopération territoriale.

La capacité à se projeter dans le futur, en tenant compte du passé et du présent, des alliances mais aussi des rivalités, des conflits anciens, est requise.

Comprendre ce qui amène un acteur à agir interroge les identités et les cultures.

Dans une démarche collective, tout le monde ne veut pas ou ne peut pas jouer.

⁸⁶ TROMPETTE P., VINCK D, loc. cit., p.12.

⁸⁷ BOUTINET J.P., loc. cit., p. 279.

⁸⁸ NORDMANN J.P., loc. cit., p. 10.

« **Belle idée le GHT, mais il faut composer avec l'humain** » rappelle un cadre paramédical de pôle.

« Il ne faut pas s'attendre à ce que *tous les objectifs du projet de soins soient atteints ; ce qui peut être frustrant. C'est une vision pour l'avenir.* » (CGS du GHT B)

L'élaboration du projet de soins s'inscrit ainsi dans une démarche itérative, pluriannuelle, d'anticipation des besoins des usagers, des professionnels et des structures de santé.

Les CGS sont fortement impliqués dans la construction du GHT, en regard de l'élaboration du PSP et de la création de la CSIRMT de groupement.

Dans le cadre du GHT, la même **méthodologie**⁸⁹ est utilisée par les directeurs des soins et responsables des structures médico-sociales pour élaborer le PSP des GHT. Celui-ci s'inscrit dans la déclinaison du PMP, dont la version 2 est en cours de finalisation par le collège médical du GHT A, afin de mieux appréhender les filières de prise en charge.

A ce stade, l'élaboration du projet de soins, adossé au PMP, n'est pas un document que se sont appropriés les cadres paramédicaux interviewés, plus impliqués à ce jour dans les plans d'actions locaux. La participation aux groupes de travail et l'avancée des fiches actions sont inégales selon les thématiques, avec comme date butoir le 1^{er} juillet 2017, date que les équipes de direction des 2 GHT mettent un point d'honneur à respecter.

Nous avons pu vérifier auprès des médecins, l'intérêt pour eux de trouver auprès de la direction et des CGS en particulier, l'appui méthodologique dont ils ont besoin pour élaborer le PMP et définir les filières de prise en charge des patients.

« Embarquer » le corps médical dans l'élaboration du PMP, pièce maîtresse de la coopération, représente un enjeu essentiel dans la réussite du projet.

La méthodologie d'élaboration du PSP est « *source d'inspiration et de motivation* » pour l'élaboration du PMP, explique le Président de CME, impliqué dans une démarche de responsabilisation des équipes médicales et de partage. « *Afin de donner corps au projet, il faut se rencontrer, se parler, s'approprier...* ».

Il évoque la méthodologie d'élaboration du projet de soins de groupement comme un exemple à suivre pour écrire la 2^{ème} version plus étayée du PMP.

Auprès des équipes médicales et administratives, le projet de soins donne de la lisibilité au travail des paramédicaux et fait reconnaître le travail effectué par la Direction des soins.

⁸⁹ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Idées clés pour le projet de soins partagé [visité le 30.04.2017], disponible sur internet : www.social-sante.gouv.fr/ght

Le Président de CME attribue aux soignants et par conséquent au directeur des soins, « *une plus grande capacité technique et professionnelle, avec un agenda plus structuré* », tandis que les médecins seraient « *plus intuitifs* » ; ce qui l'amène à apprécier le travail de collaboration qu'il réalise avec le CGS pour co-construire le PMP et le PSP.

Les 2 documents sont **structurants** pour les acteurs interviewés, qu'ils appartiennent à la direction, au corps médical ou à l'équipe d'encadrement paramédical.

La maîtrise de la méthodologie d'élaboration du projet de soins représente un atout important pour les CGS, qui « prennent l'avantage » sur les autres partenaires du GHT.

Incontestablement, les CGS occupent une place reconnue au sein de l'équipe de direction et auprès du corps médical.

Le CGS a acquis une légitimité dans son champ d'expertise qui est le **soin, les organisations soignantes** et le **management d'équipe**, qui apparaît clairement dans la démarche projet qui conduit à l'élaboration du PSP. Les organisations étant jugées sur leurs **résultats**, dans le cadre d'une conformité aux techniques et procédures⁹⁰, la conduite du PSP, s'appuyant sur un **cadre méthodologique précis**, illustre ce concept, et responsabilise les directeurs de soins et leurs équipes sur les résultats à obtenir.

Désormais, la légitimité institutionnelle du CGS fondée sur les résultats de son action, s'étend **au niveau territorial**. Celui-ci ouvre son champ d'action sur l'extérieur et se confronte à d'autres acteurs, dont les pouvoirs publics.

Nous pouvons dire qu'obtenir **la présidence de la CSIRMT territoriale** représente un signe de reconnaissance fort de la part du Directeur général de l'établissement support.

Le CGS d'un établissement partie évoque ainsi « *le regret de ne pas avoir obtenu le support, même si la déception est surmontée* ».

Un CGS et un cadre paramédical de pôle du même GHT évoquent cette présidence comme un enjeu de **pouvoir** et de **leadership** auprès de l'ensemble des équipes soignantes.

Deux cadres paramédicaux de pôle du GHT A expriment un sentiment de satisfaction, de fierté, de voir leur établissement désigné comme support du GHT. L'un d'entre eux tient à nous dire que l'encadrement paramédical a contribué auprès des élus, à l'obtention « du support ».

Dans ce contexte, la légitimité personnelle, dite « charismatique »⁹¹ du leader s'impose.

Derrière la réalisation du projet, le CGS cherche à se dépasser, à être reconnu; ce qui lui procure l'énergie nécessaire pour surmonter les obstacles.

⁹⁰ SCHUMAN M.C., loc. cit, p. 578.

⁹¹ BOUTINET J.P., 2005, loc. cit., p. 128.

Les 2 CGS, investis dans la présidence de la CSIRMT, utilisent les mots « *fierté* », « *engagement* », « *anticipation* » dans leur discours, qui sous-tendent une **démarche proactive**.

Proches du chef d'établissement et des collaborateurs de la direction, les CGS des établissements support et/ou Président de la commission de soins territoriale ont pleinement inscrit leurs actions dans la conduite du changement.

2.2.2 Une dynamique de coopération inscrite dans une recherche d'équilibre et d'autonomie

Face aux évolutions des besoins de santé des patients et des modes de prise en charge, aux avancées technologiques, le besoin de reconnaissance du rôle stratégique des médecins, du rôle des paramédicaux et le besoin de coordination entre les acteurs sont indéniables.

Nous observons que la dynamique de construction des 2 GHT est fortement impulsée par les équipes de direction des établissements supports.

« *Cela a démarré sur les chapeaux de roue* » indique le directeur adjoint du GHT A ; en rajoutant « *l'élan est plus modéré du côté des équipes médicales, qui peinent à trouver un véritable leader, alors que les grandes lignes du PMP sont largement esquissées* ».

La mise en place des GHT évoque d'abord pour les directeurs interrogés, l'élaboration de la **convention constitutive** qui a identifié l'établissement support, les instances de décision, de concertation et de consultation.

Par leur contenu, les conventions constitutives témoignent de **la volonté stratégique d'équilibrer les « pouvoirs » entre les établissements du GHT**.

Ce besoin est accentué dans le cas où 2 établissements pouvaient prétendre au statut d'établissement support (GHT A) explique le Directeur adjoint. Ainsi cette recherche d'équilibre entre les acteurs des établissements supports et parties, s'illustre dans le GHT A par :

- la désignation du PCME support comme le vice-président du collège médical, et non le président ;
- le pilotage de la fonction achat confié au directeur de l'établissement non support, ainsi que la présidence du comité des usagers ;
- la désignation du président de la CSIRMT de groupement, de même que celle du médecin du département d'information médicale (DIM) par le chef d'établissement non support après avis conforme du comité stratégique.

Les acteurs s'accordent pour dire « *le support ne doit pas dominer.* » ; « *Il faut mettre en confiance.* » ; « *Chacun doit avoir un intérêt à agir.* »

La recherche de sérénité mais aussi de plus de dynamisme et de concertation est au cœur des préoccupations. Un chef d'établissement s'exprime en ces termes :

« *Je respecte surtout le rôle des uns et des autres et le rôle des instances* ».

Le principe de liberté contractuelle⁹² portée par l'outil juridique qu'est la convention constitutive du GHT, favorise la coordination entre les acteurs. L'introduction de règles, de normes, mais aussi de souplesse, permet de construire des représentations collectives indispensables pour agir ensemble.

« *Le GHT permet des travaux communs, des productions communes, et donc des réussites communes.* » souligne un directeur d'hôpital.

Elaborer la convention constitutive du GHT, le PMP, le PSP ou projet médico-soignant, le règlement intérieur des instances est un travail de production des règles, qui crée un contexte de négociations. Entre **autonomie** et **contrôle**, une « régulation conjointe »⁹³.se met en place auprès de l'acteur collectif

Le CGS du GHT A nous explique qu'il n'attend pas pour « inventer » la composition de la CSIRMT de groupement et son règlement intérieur. Il se veut force de proposition et anticipe sur les règles à venir. Dans la démarche, il s'appuie sur son expérience, qu'il partage avec ses collègues, sans attendre d'avoir plus de directives.

Ce même engagement s'observe dans l'initiative portée par le CGS du GHT B, qui face aux difficultés rencontrées dans l'animation du groupe de travail portant sur la thématique des maladies chroniques, a proposé d'utiliser la méthodologie du **chemin clinique** pour décrire le **parcours de santé** du patient diabétique à l'intérieur du GHT.

« *Je connais bien l'outil ; je m'en suis servi ailleurs selon une méthodologie rigoureuse pour que tout le monde s'y retrouve.[...]. Elaborer un chemin clinique va nous permettre de développer un tableau de bord territorial sur le suivi de ces patients.[...]. Il nous faut une vraie cohorte, une vraie structure avec une démarche qualité et de sécurité des soins complètement intégrée dans le travail avec tous nos objectifs, nos indicateurs. On en parle comme d'une expérimentation, moi le terme me gêne mais peu importe ; c'est validé en comité stratégique et on est tous d'accord, médecins et paramédicaux. [...].*

On ira chercher la ville car on n'a pas encore la ville avec nous ; ça va être le premier groupe inter-établissements à visée territoriale médico-soignant et avec la ville ».

⁹² BOUTINET J.P., 2005, loc.cit., p. 282.

⁹³EYMARD-DUVERNAY F., loc.cit., p. 651.

La construction d'une compétence partagée témoigne de l'engagement des CGS qui associé au travail prescrit, définit la coopération.

La prise d'initiatives et de responsabilités génère de la motivation, en permettant de progresser et de s'épanouir dans la co-construction d'une œuvre commune.

La démarche de co-construction est au départ une initiative autour de laquelle des stratégies vont se dessiner ainsi que des jeux de pouvoir⁹⁴.

La mise en place des GHT bouleverse les organisations hospitalières et interfère dans les partenariats existants ; ce qui est source de beaucoup d'incertitude.

« *Le GHT est une épreuve imposée qui n'est pas facile.* » souligne un cadre de pôle.

Dans ce contexte, où le changement prend le pas sur la stabilité, le management multi-sites, le **management transversal** s'impose aux managers dans un besoin « d'**agilité** », d'**anticipation** et de **réactivité**. Son efficacité s'inscrit dans un paradoxe : apporter à la fois un cadre et de la souplesse⁹⁵.

En réponse à l'incertitude et à la mouvance, au plus près des équipes soignantes, nous relevons dans les propos d'un directeur d'hôpital la valorisation de la **place du cadre paramédical**, garant du fonctionnement optimal de l'unité de soins, en collaboration **avec le responsable médical**.

« *Le cadre d'unité n'est pas considéré comme ou alors de manière très épisodique comme la cheffaine, la surveillante. Cela irrigue bien l'hôpital. C'est la perception que j'ai. Quand j'en discute avec des collègues, cette maturité n'existe pas partout.* »

Au cours de nos entretiens, les propos recueillis mettent en exergue l'engagement des équipes médicales dans les projets institutionnels et territoriaux, qui peut être inégal selon les acteurs et le contexte de l'exercice professionnel.

Le rôle du Président de CME et des responsables médicaux est central pour l'élaboration et la mise en œuvre du PMP.

« *L'ancien PCME prenait toute la place mais on ne pouvait pas lui en vouloir ; c'est quelqu'un qui a du charisme et qui a tout fait pour l'hôpital. Il fédérait tout le monde ; il était reconnu...* » explique l'un des cadres paramédicaux de pôle.

⁹⁴ FOUURIAT M., loc.cit., p.7.

⁹⁵ LEMONNIER J., loc. cit., p.7.

2.2.3 Les difficultés évoquées par les acteurs de terrain dans la mise en œuvre des coopérations territoriales

« *En associant 2 pauvres, va-t-on faire un riche ? Les problématiques des hôpitaux sont différentes et pourtant la loi est la même.* » ironise un chef de pôle en évoquant la fusion entre 2 établissements et maintenant le GHT.

Au cours de nos entretiens, tous les managers ont évoqué le cadre budgétaire contraint, les difficultés qui apparaissent dans les restructurations et les mutualisations imposées par le législateur et aussi les particularités de chaque établissement telles que la présence du secteur médico-social, des activités médicales spécifiques (santé mentale, obstétrique...), les logiciels informatiques déployés....

Les difficultés financières, la pénurie de médecins, la concurrence entre établissements, l'hétérogénéité des systèmes d'information, la perte d'autonomie, la perte du pouvoir de décision et la perte d'identité sont les principaux freins à la coopération, évoqués au cours des entretiens.

Dans le déploiement des parcours patients et l'élaboration des chemins cliniques, la question de la convergence des systèmes d'information est prégnante, à l'heure où « *chacun veut garder son logiciel* » constate un CGS.

La résistance au changement est à la fois liée à la nécessité de faire évoluer les pratiques mais aussi à la capacité de faire face à des surcoûts importants.

Un modèle encore hiérarchique descendant s'applique dans les établissements. La recherche d'efficience et la gestion comptable sont des préoccupations fortes pour les directeurs. A ce stade de la mise en œuvre des GHT, nous observons que les cadres paramédicaux, à l'exception de l'un d'entre eux, sont dans l'attente des décisions qui vont venir influencer leur quotidien et celui de leurs équipes.

Les questionnements recueillis sont les suivants : « *Comment va-t-on travailler ?* » ; « *Comment vont s'organiser les pôles ?* » ; mais aussi « *que va t-on perdre ?* ».

A l'inverse, le cadre paramédical qui prépare le concours de directeur des soins, a un discours plus axé sur la conduite du changement, le développement des partenariats et le travail en réseau.

Un directeur des soins et 4 cadres paramédicaux font part de la difficulté de s'investir, à ce stade, dans le projet du GHT et dans les plans d'actions partagés du projet de soins, en regard du quotidien à gérer sur site et des incertitudes dans les organisations à venir.

En effet, le nombre de projets à conduire augmente ; et au périmètre local de l'exercice venant s'ajouter la dimension territoriale.

Projets de soins d'établissement et projet de soins partagé de territoire vont se côtoyer avec un défi à relever : **l'appropriation des différents plans d'actions par les acteurs de terrain.**

En effet, dans le projet de coopération, les différents professionnels ont **leur propre représentation du passé, du présent et de l'avenir qui vont venir conditionner leur action**⁹⁶.

Un chef de pôle s'exprime en ces termes sur la conduite du projet médico-soignant :

« Je suis un peu spectateur dans cette affaire. Il a été décidé pour le construire de définir des axes prioritaires, chose que je conteste un peu. [...]. On n'a pas tout balayé au départ pour ensuite définir des priorités. [...]. J'aurais préféré un état des lieux global mais qu'on n'oublie pas tout le reste. [...] »

Les 4 CGS interviewés évoquent la charge de travail importante de concertation et de formalisation des documents ainsi que le temps consacré aux instances : *« j'ai envie de positiver l'affaire mais c'est compliqué ; c'est chronophage ; c'est lourd ; cela représente un temps fou »*.

Les instances locales cohabitent désormais avec les instances du GHT comme par exemple, la CSIRMT et la commission de soins de groupement ou encore le directoire et le comité stratégique. Nous relevons que l'absence des partenaires libéraux dans les instances « hospitalières » ne favorise pas le lien ville-hôpital, alors que c'est le rôle qui serait attendu des instances du GHT.

« J'avoue franchement que le GHT, ça ne m'a pas déstabilisé, j'ai l'habitude de travailler en réseau mais c'est quand même quelque-chose d'énorme qui va nécessiter une logistique importante. », confie un cadre de santé.

De plus, c'est un calendrier de mise en œuvre des GHT particulièrement contraint, qui a entraîné chaque établissement public dans une dynamique de coopération obligatoire. Lorsque le Président de CME de l'établissement support du GHT A, évoque l'élaboration du PMP, il identifie la prise en compte du facteur temps comme un élément déterminant dans la réussite des coopérations.

La rédaction du PMP s'est déroulée en 2 étapes avec une 1^{ère} version peu étayée car les acteurs concernés n'étaient pas en mesure de répondre aux attentes du législateur dans le temps imparti.

La notion de temporalité n'est pas la même pour les politiques, les managers ou les soignants. Sur le terrain, le processus d'innovation est forcément séquencé afin de permettre aux acteurs de s'approprier « l'invention »⁹⁷.

⁹⁶ BOUTINET J.P., loc. cit., p. 53.

⁹⁷ BOUTINET J.P., loc. cit., p. 333.

Par ailleurs, les acteurs au sein d'un même GHT, peuvent entretenir des relations tendues, qui viennent freiner l'élaboration du PMP et la dynamique de coopération, comme l'explique l'un des directeurs d'hôpital.

Les élus locaux peuvent s'opposer à la coopération, aussi bien dans le cadre de fusion inter établissement, de mise en place de direction commune ou encore de mutualisations des fonctions supports.

La désignation de l'établissement support peut s'avérer conflictuelle et en l'absence de consensus, le Directeur général de l'ARS doit désigner l'établissement support du GHT. Cela a été le cas pour le GHT A, où dans l'attente de la décision, tous les travaux ont cessé pendant 6 mois.

Dans ce contexte de profonds changements, savoir communiquer est un incontournable pour l'aboutissement des projets. **Communiquer** demande de « S'entendre sur les mots », souligne l'un des CGS.

Cet aspect est essentiel et suppose un travail de **traduction**⁹⁸ auprès de l'ensemble des acteurs et bénéficiaires du système de santé, qui donne au PSP et à la CSIRMT sa raison d'être, dans une recherche de partage de sens et de lisibilité des actions à mener.

« L'ouverture sur la ville demande de la prudence : on pense avoir la solution et on a le revers de médaille. [...] « On nous prend nos patients », pensent les médecins traitants. [...] Il faut que l'on fasse très attention dans nos projets ; les idées fusent mais les professionnels s'épuisent » souligne un cadre de pôle.

La politique de communication des GHT, prévoit notamment la production d'une newsletter commune et la création d'un logo, symbole de la coopération. Toutefois, les plans d'actions sont parfois réalisés « à marche forcée », reconnaît l'un des directeurs d'hôpital.

⁹⁸ TROMPETTE P., VINCK D., loc.cit., p.12.

2.3 Les conclusions de l'enquête

2.3.1 La vérification des hypothèses de départ

Notre enquête nous a permis d'avoir une approche qualitative du ressenti des managers dans le cadre de la mise en œuvre du GHT et plus précisément de l'élaboration du PSP de territoire.

Les données recueillies confirment les hypothèses de travail formulées au départ :

1ère hypothèse:

-La démarche de conduite de projet utilisée par le directeur des soins dans l'élaboration d'un projet de soins partagé, fédère l'encadrement médical et paramédical autour de la qualité et de la sécurité des soins.

2ème hypothèse:

-L'élaboration d'un projet de soins partagé comme outil de communication, contribue à valoriser le rôle du directeur des soins à l'échelle d'un territoire.

3ème hypothèse:

-Un management participatif, basé sur l'autonomie et la confiance, favorise le développement des coopérations territoriales.

Les résultats de notre étude permettent de dire que **globalement les managers apprécient la démarche de conduite de projet portée par les CGS dans l'élaboration du PSP**, qu'ils appartiennent à la sphère médicale, paramédicale ou administrative et qu'ils s'investissent majoritairement dans la dynamique de co-construction d'une vision partagée du parcours de santé de l'utilisateur sur le territoire. Le projet fédère l'ensemble des acteurs hospitaliers autour de la qualité et de la sécurité des soins, en donnant du sens à l'action collective.

L'engagement professionnel des acteurs est cependant inégal. Il semble plus marqué chez les professionnels (directeurs, médecins, cadres) déjà habitués à travailler en réseau, ayant l'expérience des coopérations et ayant un **intérêt personnel à agir** qui s'exprime de différentes façons :

- rechercher une notoriété portée par l'innovation : développement des activités médicales, des partenariats avec le médico-social, le libéral, la mise en place de nouvelles organisations médico-soignantes ;
- vouloir assumer la présidence de la CSIRMT territoriale ;
- voir aboutir son projet professionnel.

Le **PSP** et dans le même temps les **travaux de la CSIRMT territoriale** doivent être **lisibles** par tous et **accessibles** au plus grand nombre, notamment à tous les acteurs de terrain des différentes structures de santé mais aussi aux usagers.

La communication, dans la démarche projet, occupe une place centrale.

La responsabilité de traduction, d'explication des grands axes du PSP et de ses plans d'actions, **incombe** à part entière au **directeur des soins** sur le territoire.

Dans la **mouvance** et l'**incertitude**, la **motivation** des acteurs est intimement liée au **contexte novateur** favorisant la **prise de responsabilités**, l'**autonomie** et la **confiance**.

Cet aspect est essentiel à prendre en compte dans **un environnement fragilisé par la diminution des moyens disponibles et l'instabilité des organisations hospitalières** induite par la recomposition de l'offre de soins territoriale.

Le contexte préoccupant de la démographie médicale, la concurrence inter établissements, les contraintes liées aux économies à réaliser, la mutualisation imposée des fonctions supports, la convergence inéluctable des systèmes d'information et des démarches de certification sont les principaux axes de travail prioritaires évoqués par les managers interviewés.

2.3.2 Les limites de l'étude

Il convient ici de préciser les limites de l'étude, qui sont données essentiellement par :

➤ La taille de l'échantillon

La réalisation de 16 entretiens, répartis sur 2 GHT, ne permet pas d'accorder une valeur scientifique à notre enquête. Notre analyse nous donne seulement un éclairage ponctuel sur le sujet. Elle contribue à une réflexion sur la mise en œuvre de 2 groupements hospitaliers de territoire, avec comme point d'ancrage l'élaboration du PSP et le positionnement des directeurs des soins dans la démarche.

➤ Le profil des interviewés

Le choix des acteurs éligibles à partir de nos critères d'inclusion, a été contraint par leur disponibilité au moment de notre présence sur le terrain, et par le fait que nous ne souhaitons pas réaliser des entretiens par téléphone.

➤ La durée de l'enquête

Le temps imparti à ce travail de recherche nous permet ni de prendre un échantillon de population plus important et diversifié (représentants des usagers, élus locaux, professionnels libéraux, médico-sociaux...), ni d'investiguer sur d'autres GHT.

➤ Le manque d'expérience de l'investigateur dans le domaine de la recherche

3 UNE EVOLUTION DU METIER DE DIRECTEUR DES SOINS DANS UNE DIMENSION TERRITORIALE

3.1 Impulser une dynamique de coopération pluri professionnelle

3.1.1 Le projet et l'acteur pour une culture commune

L'immersion professionnelle au sein de 2 GHT nous a permis d'étayer notre réflexion sur le rôle attendu du directeur des soins dans les coopérations inter-hospitalières, au sein d'un territoire de démocratie sanitaire. Nous avons porté une attention particulière à la collaboration **médico-soignante** mais aussi **administrative**, dans un contexte marqué par l'investissement important des équipes de direction dans la mise en œuvre des projets territoriaux, qui amorcent ou renforcent le décloisonnement ville-hôpital.

Notre choix a été d'appréhender le rôle des différents acteurs hospitaliers à travers le prisme du **projet de soins partagé de territoire**. Sous la **responsabilité du CGS**, la conception du PSP s'inscrit dans une démarche participative et sa déclinaison devient ensuite opérationnelle sur le terrain, afin de répondre à l'exigence de qualité et de sécurité des prises en soins, voire des prises en charge, tout au long des parcours de santé des usagers.

Elaborer le projet de soins est d'abord une réponse à **la règle** dictée par le législateur et **elle est la même pour tous** ; en pratique les établissements présentent un PMP et 1 PSP élaborés parallèlement ou bien prennent la liberté d'élaborer un projet médico-soignant de territoire.

Ce niveau d'autonomie et de prise d'initiative est intéressant dans la mesure où les principaux leaders partagent des expériences antérieures et sont confiants dans la démarche. Toutefois, si la terminologie « médico-soignant » semble lier davantage médecins et paramédicaux autour de la prise en soins du patient, seule la dynamique de conduite de projet et de conduite de changement au plus près des acteurs de terrain est gage d'efficacité.

➤ **Le projet de soins est structurant, par son approche méthodologique.**

Le respect de la méthodologie de conduite de projet est essentiel dans la conduite du changement, à chacune de ses étapes.

La phase de prise en compte du passé, d'analyse de l'existant et d'identification de valeurs communes est nécessaire pour se projeter dans l'avenir et construire ensemble.

L'élaboration d'une carte des partenaires et son actualisation tout au long du projet apportent à son pilote, de la visibilité sur les stratégies individuelles et collectives. Le choix des bons interlocuteurs au bon moment est fondamental.

Le pilotage des projets est à la fois porté au niveau institutionnel et au niveau des unités cliniques et médico-techniques dans une vision commune des objectifs à atteindre.

Il s'agit d'identifier précisément le périmètre du projet, de constituer un comité de pilotage et de désigner un pilote (et un copilote) et son équipe-projet pour chaque thématique choisie.

Les objectifs doivent être « SMART » : spécifique, mesurable, acceptable, réaliste, temporellement défini. Les moyens nécessaires doivent pouvoir être mobilisés, en tenant compte des contraintes institutionnelles.

➤ **La réussite du projet dépend de la capacité à élaborer et à mettre en œuvre des plans d'actions négociés et partagés par tous.**

Prendre des décisions conjointes, échanger sur les activités, les besoins, les attentes, la vision de l'avenir afin de trouver des compromis, est nécessaire pour créer les conditions de la motivation pour chacun des partenaires.

En effet si la démarche projet permet d'élaborer des plans d'actions lisibles par tous, c'est bien de l'engagement des acteurs de terrain que dépendent leurs mises en œuvre opérationnelles.

Le suivi des plans d'actions et la phase d'évaluation sont des étapes-clé, afin d'apporter les réajustements nécessaires, de rendre visible les bénéfices pour les patients, les équipes et l'institution et ainsi de valoriser le travail de chacun. De la reconnaissance du travail effectué par l'institution mais aussi par les usagers, dépend la motivation des équipes à s'investir dans les projets futurs.

➤ **L'équilibre des pouvoirs conditionne la réussite des coopérations**

Dans la mise en œuvre des GHT, une vigilance particulière est accordée à la recherche d'équilibre des pouvoirs entre les acteurs de l'établissement support et des établissements parties, lors de la mise en place des instances.

Le pouvoir favorise l'isolement. Par conséquent, une répartition équitable des pouvoirs semble incontournable pour permettre le travail de coopération, favoriser la négociation, dans un environnement concurrentiel et incertain.

Dans ce contexte, les CGS doivent être attentifs au dimensionnement des équipes des directions des soins et au rôle des différents acteurs dans la conduite des projets, dont la réussite repose avant tout sur l'humain.

Rester motivé pour agir collectivement, demande que chacun puisse garder un intérêt individuel à agir au sein du GHT.

Le besoin d'**autonomie** et de **confiance**, **le niveau de délégation** aux collaborateurs, interrogent le travail en équipe, dans une recherche de **complémentarité** et de solidarité pour plus d'efficacité.

➤ **Une communication efficace est un enjeu pour le directeur des soins**

La qualité de l'information et de la communication **en interne et en externe** va conditionner la réussite du projet de soins. Il est attendu que chaque acteur s'investisse dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des actions entreprises ; pour ce faire, il a besoin de connaître les circuits de l'information et de pouvoir y apporter sa propre contribution et expertise.

Elaborer un **plan de communication** est une étape-clé : l'organisation de réunions pour chaque thématique et à échéance régulière, doit être d'emblée planifiée, afin de mesurer le niveau d'avancement des travaux avec les équipes concernées et d'apporter les réajustements nécessaires.

Afin d'optimiser l'adhésion des professionnels aux actions mises en œuvre, le directeur des soins doit communiquer sur le projet de soins au sein des instances, dont la **CSIRMT**, la commission de relation avec les usagers (**CRU**) mais aussi en réunion d'encadrement, pour que les **cadres paramédicaux** soient les **relais de l'information** auprès des **équipes soignantes**.

Si communiquer en interne au sein des établissements du GHT est une dimension essentielle à prendre en compte, la communication externe est tout aussi importante auprès des partenaires, **des élus locaux**, des **usagers**.

En effet, la coopération territoriale ouvre le champ d'action du directeur des soins sur l'extérieur, en permettant le décroisement ville-hôpital. Des liens de coopération avec les acteurs du secteur **médico-social**, du secteur **social**, du secteur **libéral**, vont se tisser ou se renforcer dans une approche parcours de santé de l'utilisateur où les **soins de prévention** ont leur place, au même titre que le sanitaire.

Cependant la dynamique de coopération complexifie les organisations, génère des craintes, des tensions, de l'incertitude ; ce qui rend plus que jamais nécessaire d'instaurer une communication de qualité.

La capacité à **écouter**, à faire preuve d'**empathie** et à **explicitier** sur le terrain les plans d'actions à mener est essentielle. Appréhender d'autres logiques de prise en charge dans le cadre d'une **ouverture** sur le secteur médico-social et le secteur libéral se situe au

cœur du **partage** d'expériences et d'**expertise** professionnelle, dans une recherche permanente de **compromis** pour un meilleur service rendu à l'utilisateur.

3.1.2 Le management à distance : une réalité à appréhender

En inscrivant ses actions sur le territoire, le directeur des soins s'éloigne d'un exercice de proximité au sein de son établissement de référence, auquel les équipes sont habituées.

Il s'agit désormais de trouver un équilibre entre des temps de présence nécessaires sur site et la collaboration à distance qui se développe.

Dans son rôle de coordination et d'animation d'équipes pluri professionnelles, **plusieurs « distances »** sont à prendre en compte pour inscrire son management dans la transversalité : **l'éloignement géographique ; la temporalité et les diverses cultures.**

Manager à distance permet de développer l'autonomie des professionnels et de valoriser le travail collectif, dans la mesure où le directeur des soins met en place un management et une communication adaptés et déploie des méthodes de travail innovantes.

L'utilisation de dossiers informatisés partagés est une première étape à franchir dans l'accompagnement du changement et l'acculturation.

Le développement de l'autonomie est corrélé à une exigence de contrôle qui s'impose à tout manager et à laquelle le management par objectifs et le reporting permettent de répondre. Il s'agit là aussi de **trouver un équilibre entre confiance et vigilance.**

La capacité du directeur des soins à faire confiance et par conséquent à **déléguer**, devient essentielle dans un contexte d'exercice, de plus en plus complexe par la diversité des activités, le nombre croissant d'interlocuteurs et le management multi-sites.

La notion de distance peut être subjective et donc différemment perçue par les différents professionnels. C'est avant tout, de la **disponibilité** et de la **réactivité** du directeur des soins que va dépendre le niveau de satisfaction de ses interlocuteurs.

Le niveau d'attention porté à l'autre et à ses attentes est à la base d'un **management bienveillant et respectueux** des ressources humaines.

3.2 Donner de la lisibilité aux organisations médico-soignantes

3.2.1 Un projet managérial pour renforcer la gouvernance

L'élaboration d'un **schéma d'encadrement**, dans une **démarche participative** associant les cadres paramédicaux et les directeurs des soins, permet d'interroger les organisations de travail, de les faire évoluer selon les besoins et **d'adapter les moyens**, notamment en ressources humaines, **à la charge de travail.**

Dans ce cadre-là, optimiser les organisations logistiques est un axe de travail à investir, gage d'optimisation du temps de travail des cadres.

Etablir un dimensionnement adapté des équipes de cadres doit être une priorité pour le directeur des soins, de même que l'accompagnement des faisant-fonction de cadre et la contractualisation de leur projet professionnel.

L'engagement du directeur des soins dans cette démarche s'inscrit pleinement dans la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels, et de développement des compétences portée par la DRH.

Formaliser les fiches de poste des cadres paramédicaux, des directeurs des soins, apporte de la visibilité sur le rôle et les missions de chacun et valorise le travail effectué.

La formalisation d'une procédure relative à la permanence de l'encadrement contribue à sécuriser les organisations, à améliorer les conditions de travail des équipes médico-soignantes et à optimiser ainsi la qualité et la sécurité des prises en soins.

Dans cette exigence de sécurité et de qualité des soins à H24, la gestion des équipes de nuit et leur coordination occupent une place centrale.

Dans un contexte de management multi-sites, préciser les modalités de communication devient incontournable pour permettre le bon fonctionnement des organisations, en améliorant les conditions de travail par une meilleure gestion du temps.

Communiquer efficacement demande d'innover, en mettant un terme aux réunions inutiles et chronophages. De nouvelles méthodes, comme la « réunion flash », privilégiant une unité d'intervention, de lieu et de sujet, permet de donner un signe de transparence dans la communication, de valorisation de chacun et de leadership.

3.2.2 Des organisations médico-soignantes nécessairement réinterrogées

Chaque professionnel est confronté dans son exercice quotidien à de multiples changements dans les organisations, de profondes restructurations, liés aux évolutions des besoins des usagers et au développement de nouvelles technologies, qui peuvent générer de l'insécurité, de l'épuisement professionnel et un sentiment de non reconnaissance au sein des équipes et notamment au sein du collectif cadres.

Une vision globale des organisations est nécessaire dans le **rôle de coordination** dévolu au directeur des soins. Dans une **organisation polaire et territoriale**, il est sa véritable plus-value et fonde sa **légitimité au sein de l'équipe de direction** dans une exigence d'**efficience** des prises en soins. Et de part son expérience professionnelle et sa relation privilégiée avec les **exécutifs de pôle**, il favorise la **cohésion pluri professionnelle**.

De la tenue du dossier patient à la sécurisation de l'administration médicamenteuse, de la prise en charge au bloc opératoire à l'accompagnement de la personne âgée en EHPAD, l'expertise métier est précieuse dans la conduite des projets, qui se situe au cœur de la prise en charge de l'utilisateur.

La connaissance des processus métiers et des parcours patients permet au directeur des soins d'assurer le pilotage de projets complexes de leur conception à leur déclinaison opérationnelle, en privilégiant un management participatif et un management coopératif, propices à l'innovation. Il doit manier l'art de la négociation, dans la recherche de la meilleure solution « partagée ».

La mobilisation des directeurs des soins porte sur l'anticipation des organisations de travail à venir et sur l'identification des besoins, notamment en formation.

Leur participation est également attendue auprès du directeur des **systèmes d'information** et du **département d'information médicale**, pour organiser le **système de recueil**, définir la **pertinence** et assurer la **sécurité des données**.

A l'heure du déploiement de l'**informatisation du dossier patient**, les directions des soins jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des équipes médico-soignantes et administratives sur le terrain. Le dossier patient est un élément central dans le parcours de soins et le parcours de santé, en garantissant la continuité de la prise en charge à chacune des étapes, dans une relation ville-hôpital à consolider.

Dans la gestion de multiples projets qui se superposent, et parfois se heurtent à des logiques différentes, une attention accrue doit être portée aux **conditions de travail** des équipes.

Le directeur des soins, aux côtés du DRH et de son équipe, participe au **dialogue de gestion** avec les représentants syndicaux. Des **méthodes et des outils** sont à leur disposition, tels que l'**analyse ergonomique** des organisations de travail ou encore l'utilisation du **document unique d'évaluation des risques professionnels**.

L'exercice professionnel est soumis à de nombreuses tensions et contraintes qui nécessitent de veiller à la **qualité de vie au travail** de chacun, en valorisant avant tout le **travail d'équipe**, source **d'épanouissement personnel** et de **sécurisation des pratiques professionnelles**.

La procédure de certification des établissements de santé doit s'adapter désormais à la certification commune des établissements d'un même GHT. **La méthode du patient traceur**, corrélée aux audits de processus et au suivi du compte qualité, portée par la démarche de certification V2014, marque **un changement de paradigme**.

Le **malade**, appelé au fil du temps : patient, client, usager, prend progressivement sa place au sein des structures de santé, en tant que **partenaire** et **expert** auprès des professionnels.

C'est une évolution que doivent accompagner les directeurs des soins, afin que la démocratie sanitaire apporte la plus-value attendue dans l'efficacité des prises en soins et participe à la transformation des pratiques cliniques.

3.3 Porter un leadership clinique partagé

3.3.1 Le binôme médecin/cadre : une logique soignante partagée

Le binôme médecin/cadre constitue la **pièce angulaire** du bon fonctionnement de l'unité de soins, dans la recherche de la meilleure qualité des soins dispensés aux patients.

Le leadership clinique ne peut pas être porté uniquement par le corps médical auprès d'équipes pluridisciplinaires et dans des organisations en mouvance.

Les cadres de santé de part leur proximité avec les équipes de terrain, leurs connaissances du soin et leurs compétences en management, sont à l'évidence « des leaders cliniques » au même titre que les médecins, mais dont les ressources sont souvent peu exploitées.

Le directeur des soins a toute légitimité pour mettre en avant l'identité managériale des cadres de santé, à partir de l'analyse de leur activité.

Promouvoir un leadership clinique et ainsi construire une représentation collective des pratiques professionnelles des cadres paramédicaux, est un défi à relever pour le directeur des soins.

Sous l'impulsion des directions des soins et des activités paramédicales, chaque cadre de santé est en mesure de formaliser la carte d'identité de son unité, à savoir les missions, les valeurs, les soins et les compétences requises.

Ce travail devient le support de la gouvernance clinique qui s'organise autour de **l'efficacité clinique**, la **gestion des risques**, la **recherche paramédicale**, le **développement des compétences et l'expérience du patient**.

Le cadre paramédical abandonne alors la posture du manager expert, qui inscrit son action dans l'évaluation pour celle de manager leader, qui va permettre une reconnaissance du travail fait et favoriser les innovations collectives en repérant les talents, en organisant la transmission des savoirs au sein de son équipe.

La nécessité d'un engagement collectif des équipes médico-soignantes, mais aussi administratives, apparaît clairement dans la **formalisation des parcours patients** et **l'élaboration des chemins cliniques**. Une **compétence collective** se construit et met

en avant la **compétence pédagogique du cadre** qui est attendue pour la réussite des projets.

Dans le cadre d'un projet territorial, le pilotage par filière de prise en charge, porté par un binôme constitué d'un responsable médical et paramédical, est incontournable.

Cette même logique de complémentarité se retrouve dans le binôme Président de CME et CGS dans le cadre d'un leadership partagé.

3.3.2 De la formation initiale à l'exercice professionnel : la nécessité d'un partenariat instituts de formation et terrains de stage renforcé

Pour le directeur des soins, des compétences de coordination sont essentielles tant au niveau des établissements de santé que dans le partenariat avec les instituts de formation.

La réingénierie des professions paramédicales et leur intégration dans le système Licence-Master-Doctorat, vient renforcer le partenariat des directeurs des soins en établissement avec les directeurs des instituts de formation. Ils doivent définir et mettre en œuvre ensemble une politique d'accueil et d'encadrement des étudiants paramédicaux en stage adaptée aux évolutions sociétales tant sur le plan des nouvelles technologies que de la démocratie sanitaire.

La co-construction de parcours professionnalisant doit être une priorité. Elle doit permettre aux étudiants d'acquérir les savoirs et de développer les compétences répondant aux exigences de l'exercice professionnel futur aux différentes étapes du parcours de soins, du parcours de santé, du parcours de vie de l'utilisateur.

Les cursus de formation doivent les préparer aux mutations technologiques et les faire bénéficier de nouveaux modes d'apprentissage, tels que la simulation, le e-Learning, l'utilisation de plateformes d'apprentissage ou encore le Serious game.

L'activité simulée « en équipe » contribue ainsi à développer auprès de l'étudiant mais aussi auprès de chaque professionnel, une culture qualité et de gestion des risques associés aux soins.

Les directeurs des soins inscrivent nécessairement leurs actions dans une dynamique d'efficacité et de valeurs partagées avec les équipes de directions et les pôles, centrée sur **la mise en place de parcours de soins coordonnés et de programmes de formation initiale et de développement professionnel continu, adaptés aux évolutions des professions paramédicales.**

Conclusion

Durant ces soixante dernières années, le système hospitalier a été au cœur d'une série de réformes, remettant en question ses modes de fonctionnement et soulevant bien des interrogations sur la pérennité de ses missions, notamment de service public, dans un contexte de restrictions budgétaires toujours plus importantes. Le même but est toujours poursuivi : rationaliser l'offre de soins dans un système organisé et cohérent.

En rendant obligatoire la constitution de GHT, les équipes doivent inscrire leurs actions au sein d'un territoire dans une logique de décloisonnement, de coopération et de coordination plus développée. Des espaces de liberté apparaissent permettant de substituer, à un mode de régulation pyramidal et hiérarchique, un mode plus déconcentré et transversal.

C'est une démarche qui amène à utiliser un langage commun, à mettre en place une communication adaptée, à développer un esprit de négociation : avec la volonté d'avancer tous dans la même direction. Ainsi des systèmes organisationnels cohabitent et des relations transversales se nouent. Cette cohabitation amène les directeurs de soins à développer un professionnalisme fondé sur une double expertise : professionnelle et managériale.

Leur rôle dans la mise en place des coopérations hospitalières les amène à penser, à anticiper, à accompagner la mise en œuvre de dispositifs de gestion à travers des rapports sociaux qui évoluent.

Dans la conduite du changement et l'appropriation de nouveaux modes de coopération, leur positionnement se construit, se modélise, en devant prendre en compte un périmètre d'activités désormais plus large, à l'instar des directeurs d'hôpitaux. C'est sans doute une véritable opportunité pour les directeurs des soins de promouvoir leur métier et la qualité des soins, dans toutes leurs dimensions, et ceci dans une logique ville-hôpital et dans une perspective de décloisonnement des pratiques soignantes

Dans ce contexte, l'élaboration et la mise en œuvre du PSP de territoire, associé au PMP, constitue le pivot, le fil conducteur de la politique générale des soins et des activités paramédicales.

Objet-frontière, outil de communication, le PSP apporte de la lisibilité sur les actions entreprises dans la démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité du service rendu à l'utilisateur. Le management par projet permet de redonner du sens à l'action collective, de fédérer et de responsabiliser les acteurs autour de valeurs et d'objectifs partagés, afin de co-construire une vision du futur.

Innover devient possible, dans un environnement marqué par des zones d'incertitude, et dans lequel le top management a intérêt à développer la capacité à déléguer, à valoriser l'autonomie et la confiance pour de meilleurs résultats en termes de motivation et d'engagement des acteurs dans divers projets, comme la pratique avancée, la télémédecine, la téléconsultation.

De la richesse du travail en équipe, de la souplesse de fonctionnement dans les organisations à l'intérieur du cadre prescrit par le législateur, va dépendre la réussite des coopérations hospitalières.

La professionnalisation des équipes paramédicales et notamment de l'encadrement, est au cœur d'une meilleure qualité des prises en charge dans le parcours de santé, le parcours de vie des usagers.

Gérant la qualité et la sécurité des soins, le directeur des soins s'inscrit dans une dynamique de progrès continu, la maîtrise et l'amélioration des processus demandant des réajustements permanents.

Le management par la qualité est mis en évidence à travers la démarche projet dans un climat de coopération, d'ouverture et de confiance, en regard des responsabilités accrues vis-à-vis des patients, des équipes paramédicales et des étudiants.

Culture qualité et culture de la coopération se développent au fil des réformes et des évolutions sociétales, dans un processus d'acculturation qui doit être accompagné par l'ensemble des manageurs hospitaliers.

« La qualité hospitalière n'est pas la qualité du produit industriel, elle tient de l'humanisme du soignant que complète la formation et non l'inverse »⁹⁹.

⁹⁹ CLEMENT J.M., loc.cit., p. 25.

Bibliographie

OUVRAGES

ALTER N., 2000, *L'innovation ordinaire*, 4^{ème} éd., Paris : Presses universitaires de France, 388 p.

BALY O. (éd.), 2016, *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, Paris : Presses des Mines, 240 p.

BELLENGER L., 2004, *Piloter une équipe projet : des outils pour anticiper l'action et le futur*, Issy-les-Moulineaux : ESF, 206 p.

BOUTINET J.P., 2005, *Anthropologie du projet*, Paris : Presses Universitaires de France, 405 p.

CLEMENT J.M., 2009, *La nouvelle loi hôpital patients santé territoire : Analyse, critique et perspectives*, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 131 p.

DEJOUX C., 2017, *Du manager agile au leader designer*, 3^{ème} éd., Malakoff : DUNOD, 126p.

DULUC A., 2013, *Leadership et confiance : jouer collectif, parler vrai, être humain*, 3^{ème} éd., Paris : DUNOD, 251 p.

FOUDRIAT M., 2016, *La co-construction : une alternative managériale*, Rennes : Presses de l'EHESP, 193 p.

GENELOT D., 2001, *Manager dans la complexité : réflexions à l'usage des dirigeants*, Paris : INSEP CONSULTING Editions, 357p.

HESBEEN W., 1997, *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris : Masson/Inter Editions, 195 p.

LAUDE A., TABUTEAU D. (éd), 2016, *La loi santé : regards sur la modernisation de notre système de santé*, Rennes : Presses de l'EHESP, 475 p.

LEMONNIER J., 2015, *Le management transversal : 30 outils pour favoriser l'intelligence collective*, Paris : Vuibert, 207 p.

NERE J.J., 2000, *Comment manager un projet*, Paris : Demos, 173 p.

THIETART R.A., 1999, *Le management*, Paris : Presses Universitaires de France, 128 p.

PERIODIQUES

BAILLE N., 2016, « Directeurs des soins et évolution du système de santé », *Soins cadres*, supplément au n°100, pp. S28-S30.

BOESPFLUG, M., 2007, « Des nouveaux modes de management pour répondre à la complexité », *Soins cadres*, supplément au n°64, pp. S10-S12.

DE MONTALEMBERT P., 2016, « Mission groupements hospitaliers de territoire : rapport de fin de mission », *Gestions hospitalières*, n°554, pp. 34-39.

DUBOIS Y., 2016, « La pertinence sociale du GHT », *Gestions hospitalières*, n°554, pp. 29-31.

DUBOYS FRESNEY C., 2004, « Projet médical, projet de soin...vers le projet du patient», *Gestions hospitalières*, n°438, pp. 531-535

EYMARD-DUVERNAY F., 1990, "REYNAUD J.D., «Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale»», *Revue française de sociologie*, vol.31, n°4, pp. 650-654.

HASS S., FENOLL B., 2016, « La qualité du service médical rendu : la question du projet médical du GHT », *Gestions hospitalières*, n°554, pp. 25-27.

HOUDART L., 2015, « Coopération ou fusion ? Mutualisation ou délégation ? L'ambiguïté du « groupe-ment » hospitalier de territoire, *Revue hospitalière de France*, n°563, pp.50-57.

NORDMANN J.P., « GHT : évolution ou révolution ? », *Finances hospitalières*, février 2016, pp.8-11.

SCHUMAN M.C., 1995, "Managing legitimacy : strategic and institutional approaches", *ACADEMY OF MANAGEMENT REVIEW*, Vol.20, n°3, p. 571-610.

TROMPETTE P., VINCK D., 2009, « Retour sur la notion d'objet-frontière », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol.3, n°1, pp. 5-27.

TEXTES JURIDIQUES

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal officiel du 3 janvier 1971.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel, n°179 du 2 août 1991.

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002.

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médicosociaux soumis à autorisation. Journal officiel, n°206 du 6 septembre 2003.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009.

Modifiée par la **Loi n° 2011-940 du 10 août 2011** modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel, n°0185 du 11 août 2011.

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé. Journal officiel, n°0022 du 27 janvier 2016.

Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire. Journal officiel, n°0101 du 29 avril 2016.

RAPPORT

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS : Mission cadres hospitaliers présentée par Chantal DE SINGLY, 11 septembre 2009.

SITES INTERNET

ARNAUD A., LEHERICEY H., TASSERY M. Guide méthodologique des coopérations territoriales. [visité le 10.04.2017], disponible sur internet : www.anap.fr

JOVIC L., RENAUT M.J. Guide du projet de soins : améliorations des pratiques professionnelles [visité le 13.02..2017], disponible sur internet : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr>

Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie : pour une prise en charge adaptée des patients et usagers-Lexique de A à Z [visité le 30.09.2016], disponible sur internet : www.ars.sante.fr

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Idées clés pour le projet de soins partagé [visité le 30.04.2017], disponible sur internet : www.social-sante.gouv.fr/ght

www.directeurdesoins-afds.com

Liste des annexes

Annexe I : TABLEAU XI. - *Le projet comme activité professionnelle et ses dimensions opératoires*.....p. II

Annexe II : TABLEAU XVI. - *Le projet comme antidote*.....p. III

Annexe III : La grille d'entretien.....p. IV

Annexe IV : Les résultats des entretiens : une représentation à partir de 4 thématiques : le contexte hospitalier, les données socioprofessionnelles, le projet de soins partagé de territoire, les stratégies d'adaptation.....p.VI

Annexe I

Pré requis à tout projet				
1-Unicité d'élaboration et de réalisation	2-Singularité de la situation projetée	3-Exploration ouverte d'opportunités	4-Gestion de l'incertitude et de la complexité	5-Implication d'un acteur

	Activité professionnelle en cause	Phases du projet	Tâches réalisées
Approche structurale	Conseiller en projet	Diagnostic de situation	-Aide à la mise en évidence des potentialités de la situation -Aide à l'explication des motivations du ou des acteurs -Mise en évidence des objectifs préférentiels possibles
Approche dynamique	-Directeur de projet	a-Elaboration du projet	1-Niveau empirique d'analyse de situation 2-Niveau normatif d'esquisse d'un projet possible 3-Niveau méthodologique de choix stratégique 4-Validation du projet
	-Chef de projet -Ingénieur de projet	b-Mise en œuvre du projet	1-Mobilisation des moyens 2-Planification 3-Gestion des écarts 4-Evaluation
Approche structurale	Analyse de projet	Analyse du projet	1-La situation problème 2-Les acteurs en présence 3-L'explication des visées et buts 4-Les motifs invoqués 5-Les stratégies en présence 6-Les résultats obtenus à court et moyen terme 7-Les effets secondaires engendrés

TABLEAU XI. - Le projet comme activité professionnelle et ses dimensions opératoires in BOUTINET J.P., 2005, *Anthropologie du projet*, Paris : Presses Universitaires de France, p.274.

Annexe II

Inédit vital

Antidote de la répétition et de la mort

Anticipation méthodologique

*Anticipation de l'impulsion et
de l'improvisation*

PROJET

```
graph TD; P[PROJET] --> I[Inédit vital]; P --> A[Anticipation méthodologique]; P --> R[Recherche existentielle de sens]; P --> C[Innovation culturelle];
```

Recherche existentielle de sens

Antidote de l'absurde et du hasard

Innovation culturelle

*Antidote de la régression et
de la marginalisation*

TABLEAU XVI. - Le projet comme antidote in BOUTINET J.P., 2005, *Anthropologie du projet*, Paris : Presses Universitaires de France, p.366.

Annexe III

La grille d'entretien

Thèmes et sous-thèmes	Objectif : faire parler sur :
<p>1- La trajectoire sociale</p> <ul style="list-style-type: none">-les postes occupés -le territoire de santé-le GHT -la conduite de projet-le travail en équipe -la qualité de la prise en soins-la gestion des risques -l'accompagnement du changement	<p>-l'expérience professionnelle</p> <ul style="list-style-type: none">-le parcours professionnel -la territorialisation de l'offre de soins-les GHT- la coopération des équipes pluri-professionnelles sur le territoire -la participation à des groupes de travail dans le cadre de l'élaboration du projet médical, du projet de soins et du suivi des plans d'action -les besoins de santé des patients-la prise en charge sanitaire, médico-sociale, sociale des usagers -les impacts de la réforme hospitalière
<p>2- Le projet de soins partagé</p> <ul style="list-style-type: none">-le projet de soins médico-soignant-le projet médical partagé-le projet de santé de territoire-le décloisonnement ville-hôpital -la commission de soins paramédicale-Management participatif-leadership	<ul style="list-style-type: none">-les représentations liées à l'élaboration d'un projet médical partagé, d'un projet de soins partagé, d'un projet médico-soignant-la perception des gains, des pertes-la perception de la collaboration médico-soignante-la perception de l'obligation réglementaire-l'organisation des parcours patients -le rôle du directeur des soins dans cette dynamique de coopération-le rôle des équipes médicales-le rôle de l'équipe de direction

<p>3- Les attentes des acteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> -une démarche volontaire <ul style="list-style-type: none"> -le rejet -l'attente -l'accompagnement institutionnel -l'accompagnement hiérarchique 	<p>-les souhaits, les besoins ressentis</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'engagement personnel <ul style="list-style-type: none"> -le retrait -l'indécision -besoin de confiance -besoin d'autonomie -la politique institutionnelle -la collaboration des équipes médicales, paramédicales et administratives
<p>4- La prise en soins</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'éthique du soin -la dimension clinique -la dimension holistique -l'autonomie du soignant -la démocratie sanitaire 	<p>-les représentations de la prise en soins</p> <ul style="list-style-type: none"> -les valeurs professionnelles <ul style="list-style-type: none"> -le rôle de l'hôpital -le parcours de soins, de santé, de vie <ul style="list-style-type: none"> -la dimension humaine -la place de l'utilisateur

Annexe IV

La territorialisation de l'offre de soins

- Pas le même département, pas la même population (2) (- - -)
- Des activités spécifiques par établissement (10) (- - -)
- Des partenariats déjà existants et des habitudes de collaboration menacées (3) (- - -)
- Problématiques hôpitaux différentes et même loi, même cadre (1) (- - -)
- Plateaux médioc-techniques (1) (- -)
- « C'est compliqué » (16) (- - - -)
- Psychiatrie (3) (+++)
- Précarité (5) (+++)
- Réseaux de santé (3) (+ + + +)

Le décloisonnement ville-hôpital

- « L'ouverture sur la ville demande de la prudence ; on pense avoir la solution et on a le revers de médaille » (1) (-)
- Effondrement de l'offre libérale (5) (- - -)
- Permanence des soins (4) (- - -)
- Prévention (4) (- - -)

Le groupement hospitalier de territoire

- Coopérations anciennes/Dispositifs déjà existants (9) (+++++)
- Convention constitutive (4) (+)
- Règlement intérieur GHT (2) (+)
- Mutualisation des fonctions support (2) (- - -)
- Etablissement support(10) (+++++)
- « Heureusement qu'on est support » (1) (+++++)
- Etablissement partie (2) (- - - -)
- « Epreuve imposée, ce n'est pas facile » (1) (- - -)
- Désignation hôpital support=choix technique et politique (1) (-)
- Convergence du cadre de fonctionnement (1) (++++)
- Fusion (1) (-)
- Direction commune (1) (-)
- « C'est étendu » (2) (-)
- Une opportunité (3) (++++)
- « On va y perdre » (1) (- - -)

LE CONTEXTE HOSPITALIER

GHT A et GHT B

Un cadre budgétaire contraint

- « En associant 2 pauvres, va-t-on faire un riche ? » (1) (- - -)
- C'est difficile (16) (- - - -)

La certification commune

- Recherche de convergence(1) (+)
- « C'est pour bientôt » (1) (+)

Le système d'information hospitalier

- Informatisation du dossier patient (4) (- - -)
- Chemins cliniques (2) (++++)
- Logiciels patients différents (3) (- - -)
- Besoins de convergence (5) (++++)
- Surcoûts importants (5) (- - -)
- Résistance au changement : « chacun veut garder son logiciel » (1) (- - -)
- Supra GHT (1) (+)

Les attentes des acteurs

- Système d'information convergent (16) (+++++)
- Implication des médecins (16) (+++++)
- Implication des directions (10) (+++++)
- Implication des cadres paramédicaux (6) (+++++)
- Cadre législatif plus clair (fonctions support) (1) (-)
- Temporalité adaptée aux exigences du terrain et aux situations individuelles (15) (+++++)
- Disposer de moyens financiers (15) (++++)
- Disposer des ressources humaines(14) (+++++)
- Besoins d'autonomie, d'écoute, de prise en compte des besoins en local(16) (+++++)
- Flexibilité(1) (+++++)
- Formation (5) (+++++)
- Se connaître(6) (+++++)
- Sortir gagnant-gagnant 1) (++)
- Se respecter 1) (++++)

Légende : Le chiffre noté entre parenthèse indique le nombre de managers ayant évoqué cette donnée.
Le ressenti **positif** ou **négalif** de l'intervuée et son intensité sont donnés par le signe + ou - .

Notre échantillon

Directeur d'hôpital : **2**
Président de CME : **1**
Coordonnateur général des soins : **3**
Directeur des soins : **1**
Chef de pôle : **2**
Cadre paramédical de pôle : **4**
Cadre de proximité : **3**

L'expérience professionnelle

-Maîtrise du diagnostic territorial et des réformes hospitalières (12) (+++++)
-Collaboration antérieure DG/CGS dans une direction commune (2) (+++++)
-Travail en réseau (12)
-Fonction actuelle occupée depuis moins de 2 ans (2) (-)
-Vision territoriale limitée (4) (-)

LES DONNEES SOCIOPROFESSIONNELLES

GHT A et GHT B

Le niveau d'implication dans la mise en œuvre du GHT

-Participation groupes de travail à l'ARS (3) (++++)
-Participation aux groupes de travail (PMP et/ou PSP) (16) (+++++)
-Présidence de la CSIRMT GHT (2) (+++++)

La formation

-Master 2 management en cours (1) (+)
-Raisonnement clinique partagé (2) (+)
-Chemins cliniques (2) (+)
-Qualité et gestion des risques/ Patients traceurs (10) (+)

Le projet professionnel

-Projet cadre supérieur de santé (1)
-Projet directeur des soins (1)
-Départ en retraite dans les 2 ans (2)

Légende : Le chiffre noté entre parenthèse indique le **nombre de managers** ayant évoqué cette donnée.
Le ressenti **positif ou négatif** de l'interviewé et son intensité sont donnés par le signe **+ ou -**.

La démarche projet

- Quoi/Pourquoi/Comment-Qui/Quand/Où (1) (+++)
- Importance de la phase d'avant-projet/ prise en compte du contexte (6) (++++)
- Partir de la réalité (1) (+)
- Méthodologie maîtrisée par le DS (6) (++++)
- 1 Comité de pilotage (3) (+++)
- Des groupes de travail (10) (+++)
- Des pilotes (3) (+++)
- des plans d'actions, des fiches-actions (3) (+++)
- Des indicateurs de suivi des plans d'actions (3) (+++)
- Choix des acteurs (1) (++++)
- Les moyens (5) (+)
- Gestion du temps (5) (+)
- Impliquer médecins et paramédicaux (10) (+)
- Rôle du cadre de proximité (3) (+++)
- Déclinaison opérationnelle (3) (+++)
- Transversalité (6) (+)
- Management à distance (2) (++++)

Le projet médico-soignant

- PMP + PSP= risque que PMP seulement déclinaison opérationnelle du PMP (1) (-)
- Elaboration conjointe, en parallèle (2) (+++)
- Expérience antérieure positive (2) (+++)
- Associer vision médico-soignante à une approche organisationnelle (1) (++++)

Le projet médical partagé

- Des filières déjà organisées depuis longtemps (2) (+)
- « J'aurais préféré un état des lieux global pour qu'on n'oublie pas tout le reste » (1) (- -)
- Filières de soins (6) (+++)
- Coordination des filières (4) (+++)
- Parcours patient (6) (+++)
- Gradation des soins (4) (+++)
- CHU/Recours/ Internes/ Recherche clinique (4) (+++)
- Démographie médicale (6) (- - - -)
- Absence, fragilité des spécialités médicales (16) (- - - -)
- Permanence des soins/ Equipes territoriales (4) (+) (1) (-)

LE PROJET DE SOINS PARTAGE DE TERRITOIRE

GHT A et GHT B

Les instances

- La CSIRMT (8) (+++++)
- Symbolique de la présidence de la CSIRMT du GHT (6) (+++++)
- locale (4) (+++++)
- territoriale (4) (+++++)
- Comité stratégique (4) (+++++)
- Collège médical (4) (+++++)
- Comité territorial des élus (2) (++)
- « Poids des instances locales et territoriales » (3) (- - - -)
- Chronophage (8) (- - - -)

La communication

- Séminaire de direction (1) (++)
- Séminaire de l'encadrement (1) (++)
- Projet inter-établissement = compliqué (1) (-)
- Logos, newsletter GHT
- Projet médico-soignant : « Il ne faut pas en faire un étendard » (1) (++)
- Etre lisible et accessible pour la CSIRMT (1) (+++++)
- Comprendre le sens des actions (1) (+++++)

Légende : Le chiffre noté entre parenthèse indique le nombre de managers ayant évoqué cette donnée.
Le ressenti positif ou négatif de l'interviewé et son intensité sont donnés par le signe + ou - .

L'action

- Conduite de projet/Méthodologie (10) (+++++)
- Procédures -Faire du lien (2) (+++++)
- Etre proactif (1) (++)
- Anticiper (1) (++)
- Recherche de complémentarité, de plus-value (1) (++)
- « 2 directeurs très partie prenantes » (1) (++)
- « Démarrage sur les chapeaux de roue » (1) (++)
- Feuille de route GHT (5) (+++++)
- Groupe des directeurs des soins (3) (+ + + +)
- Engagement/Fierté (6) (+++++)
- Enjeux de pouvoir (2) (- - - -)
- Importance du choix des acteurs dans la stratégie (1) (++)
- Besoin d'autonomie (6) (+++++)
- Se comparer au national (1) (++)
- « on n'atteint pas tous les objectifs, mais c'est une vision pour l'avenir » (1) (++)
- La formation = un levier (6) (+++++)

Les freins

- « C'est compliqué » (10) (- - - -)
- Consensus difficile (2) (- -)
- Insécurité (1) (- -)
- Incertitude (1) (- -)
- Blocage par les élus (10) (- - - -)
- « Belle idée le GHT, mais il faut composer avec l'humain » (1) (-)
- Habitudes ou non de travailler ensemble/ Conflits anciens (1) (- -)
- « Les groupes de travail fonctionnent mal. » (1) (- - -)
- Craintes, tensions à désamorcer (1) (- - -)
- Peur de la perte de pouvoir (5) (- - - -)
- Peur de la perte d'autonomie en local (10) (- - - -)
- Mutualisation « subie » = risque de pertes financières, solidarité « imposée » (1) (- - - -)
- Diminution de la densité médicale, perte de compétences spécifiques/ Epuisement (10) (- - - -)

LES STRATEGIES D'ADAPTATION

GHT A et GHT B

Le retrait

- « On nous parle de GHT et nous, on voit les problèmes du terrain » (1) (-)
- « Il y a énormément de choses à faire ici, en local. Qu'est-ce que je peux faire sur le GHT ? » (1) (-)
- « Je suis un peu spectatrice dans cette affaire » (1) (-)
- « Je ne me sens pas encore associée au GHT » (1) (-)

Le compromis

- « Le support ne doit pas dominer » (1) (++++)
- Recherche d'équilibre dans gouvernance du GHT et mise en place des instances (1) (+++++)
- Recherche du compromis (1) (+++++)
- Neutralité (1) (+++++)
- Mise en confiance (1) (+++++)
- Faire confiance (1) (+++++)
- Expliquer (1) (+++++)
- Ecouter (1) (+++++)

Légende : Le chiffre noté entre parenthèse indique le nombre de managers ayant évoqué cette donnée.
Le ressenti **positif ou négatif** de l'interviewé et son intensité sont donnés par le signe + ou - .

RISPAL

Evelyne

Décembre 2017

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2017

Le projet de soins partagé de territoire : un enjeu de positionnement pour le directeur des soins

Résumé :

A l'heure de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire, le directeur des soins voit son périmètre de responsabilités s'étendre, dans un décloisonnement ville-hôpital gage d'une meilleure adéquation entre les besoins de santé des usagers et les moyens mobilisés.

L'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins partagé de territoire, étroitement associé au projet médical partagé, porte la politique générale des soins et des activités paramédicales à l'échelle d'un territoire.

Soumis à la méthodologie de la conduite de projet, il définit à partir de valeurs et d'objectifs négociés, un cadre d'actions garant de l'efficacité et de la sécurité des pratiques soignantes, ainsi que du maintien d'un environnement professionnel épanouissant et propice à l'innovation paramédicale.

Dans le pilotage du projet, la légitimité du directeur des soins est double : elle est à la fois professionnelle par la connaissance du soin et managériale par l'animation des équipes d'encadrement paramédical et la maîtrise des organisations médico-soignantes.

Le positionnement singulier du directeur des soins représente un véritable atout pour impulser la dynamique de coopération pluri professionnelle territoriale, soumise à une recherche perpétuelle d'équilibre des pouvoirs au cœur d'une gouvernance renforcée et à un management respectueux des ressources humaines.

Conduire les équipes vers la réussite des changements, est un défi à relever dans un contexte où les marges d'autonomie et la confiance, peuvent libérer les initiatives individuelles au bénéfice de l'ouvrage collectif.

Mots clés :

PROJET DE SOINS PARTAGE TERRITOIRE DIRECTEUR DES SOINS
MANAGEMENT LEADERSHIP AUTONOMIE CONFIANCE

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.