



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2018**

Date du Jury : **décembre 2018**

---

**Le Directeur des Soins :  
Moteur de l'appropriation du Projet  
Médico-Soignant Partagé par  
l'encadrement**

*« La pierre n'a point d'espoir d'être autre chose qu'une pierre.  
Mais, de collaborer, elle s'assemble et devient temple »*

Antoine de Saint-Exupéry

---

**Michelle BILLION**



---

# Remerciements

---

Je tiens à adresser mes plus vifs remerciements et ma reconnaissance :

- A **Madame Isabelle Monnier** pour son accompagnement au cours de l'année de formation 2018.
- Un grand merci aux intervenants **Madame DAUBAS LETOURNEUX**, Enseignante Chercheuse et **Monsieur LAOT**, Directeur des Soins parce que, j'ai pu mieux cerner le sujet du mémoire grâce à leur questionnement et conseils.
- Je remercie également toutes les personnes interrogées : **cadres de santé, cadres supérieurs, directeur des soins et présidents de CME** qui ont bien voulu répondre à mon enquête. Merci aussi aux chefs d'établissements, directeur des soins et cadres supérieurs qui m'ont reçue lors de l'enquête exploratoire. Compte-tenu de la teneur et de la durée des échanges, tous semblent avoir perçu l'intérêt de la thématique travaillée.
- Reconnaissance à mes authentiques amis : **Arielle, Caroline, Céline, Christophe, Franck, François, Jean, Luc-Olivier, Nathalie, Sylvie** pour ce travail partagé depuis l'année de préparation. Pour la confiance, le respect, la bienveillance, la générosité et la solidarité dont vous avez su faire preuve. Merci aussi pour ces moments uniques, emplis de convivialités que nous avons pu partager.
- Parce qu'il n'est jamais trop tard pour le faire, merci à **Claire**, mon amie pour m'avoir préparée aux épreuves et notamment à l'épreuve orale. Sans toi, ce mémoire n'aurait pas vu le jour.
- Enfin un grand merci à **Stéphane** mon mari, mes enfants, **Damien, Rémi** et **Alix** et mes parents pour leur présence à mes côtés et leur soutien indéfectible depuis le début de cette aventure.



---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1 LE PMSP : VERS UN MANAGEMENT PLUS TERRITORIAL DE LA STRATEGIE DE SOINS DU DIRECTEUR DES SOINS</b> .....	<b>5</b>
1.1 LE MANAGEMENT DE PROJETS DE SOINS DES DIRECTEURS DES SOINS EVOLUE AVEC LA NOTION DE TERRITOIRE.....	5
1.1.1 <i>Le cadrage de la Loi conforte le projet de soin du Directeur des Soins</i> .....	5
1.1.2 <i>Directeur des soins / Président de la Commission Médicale d'Établissement : un binôme qui a évolué au fil du temps</i> .....	7
1.1.3 <i>Les interactions du Directeur des Soins et du Président de CME entretiennent un processus de cohésion des professionnels</i> .....	10
1.2 QUELLES PERSPECTIVES DE MANAGEMENT, LES LIENS DU DS AVEC L'ENCADREMENT .....	11
1.2.1 <i>Un métier du DS en pleine mutation</i> .....	12
1.2.2 <i>Impliquer l'encadrement dans un projet territorial</i> .....	14
1.2.3 <i>Intelligence collective et Communication</i> .....	16
1.3 S'APPUYER SUR DES CONCEPTS POUR MANAGER L'ENCADREMENT SUR LE TERRITOIRE... 17	
1.3.1 <i>Les Directeurs des Soins en soutien de l'encadrement pour reconnaître le changement engagé par le GHT</i> .....	18
1.3.2 <i>L'appartenance, un concept pour permettre aux cadres de s'approprier le projet</i> . 19	
1.3.3 <i>Management et leadership</i> .....	21
<b>2 CIBLER L'ANALYSE POUR CONFRONTER LES HYPOTHESES PAR L'ENQUETE SUR LE TERRAIN</b> .....	<b>23</b>
2.1 STRUCTURER L'ENQUETE SUR LE TERRAIN .....	23
2.1.1 <i>Choix du périmètre de l'étude</i> .....	23
2.1.2 <i>Les limites de l'enquête</i> .....	25
2.1.3 <i>Les points forts de ce travail de recherche</i> .....	26
2.2 L'ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE .....	26
2.2.1 <i>Quelques données chiffrées</i> .....	26
2.2.2 <i>Un mouvement territorial engagé par le projet médico-soignant partagé</i> .....	28
2.2.3 <i>Un management bicéphale à réunir</i> .....	31
2.2.4 <i>Le Directeur des soins : un élément moteur dans le cadre du suivi du projet médico-soignant partagé</i> .....	34
2.3 RETOUR SUR LES HYPOTHESES DE DEPART .....	38
2.3.1 <i>Discussion</i> .....	38
2.3.2 <i>Critique de la recherche</i> .....	40

<b>3 ÉLÉMENTS DE TRANSFERABILITE A METTRE EN PLACE DANS LE CHAMP DES COMPETENCES DU DIRECTEUR DES SOINS.....</b>	<b>41</b>
3.1 LA POLITIQUE MENEES DANS LE CADRE DU PROJET MEDICO-SOIGNANT PARTAGE : ENJEU DE COHESION POUR LE DIRECTEUR DES SOINS .....	41
3.1.1 <i>Vers un pilotage territorial du projet</i> .....	41
3.1.2 <i>Valoriser les axes soins du PSP</i> .....	43
3.1.3 <i>Valoriser les interventions et les engagements des acteurs</i> .....	44
3.2 « YES, WE CAN » OU COMMENT IL EST POSSIBLE, POUR LE DIRECTEUR DES SOINS DE CONSTRUIRE UN PROJET AMBITIEUX.....	45
3.2.1 <i>Piloter par la qualité, préparer la démarche de certification et coordonner les     parcours patients</i> .....	45
3.2.2 <i>Se risquer à une (r)évolution(ner) de projet et innover</i> .....	46
3.2.3 <i>Vers une communication négociée avec l'équipe médicale et le PCME</i> .....	47
3.3 LA NEGOCIATION RAISONNEE OU LA STRATEGIE DU « GAGNANT / GAGNANT » POUR AFFIRMER L'OPERATIONNALITE DU PROJET .....	49
3.3.1 <i>Un exercice plus solidaire et complémentaire en co-construisant les objectifs</i> ....	49
3.3.2 <i>Devenir le coach manager du changement</i> .....	51
3.3.3 <i>Améliorer la performance organisationnelle en s'appropriant des outils du     management</i> .....	52
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>57</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>I</b>
ANNEXE 1 : PRECONISATIONS POUR LA MISE EN PLACE DE LA CSIRMT DE GROUPEMENT ET PROPOSITION D'AVENANT POUR LA CSIRMT DU GHT .....	I
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN .....	V
ANNEXE 3 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS DE L'ENCADREMENT.....	VII
ANNEXE 4 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS DES DIRECTEURS DES SOINS.....	XI
ANNEXE 5 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS DES PRESIDENTS DE LA COMMISSION MEDICALE D'ÉTABLISSEMENT .....	XIII

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AFDS</b>	Association Française des Directeurs des Soins
<b>ARH</b>	Agence Régionale d'Hospitalisation
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CHT</b>	Communautés Hospitalières de Territoire
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CGS</b>	Coordonnateur Général des Soins
<b>CME</b>	Commission Médicale d'Établissement
<b>CoStrat</b>	Comité stratégique
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>CS</b>	Cadre de Santé
<b>CSIRMT</b>	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et des Médico Techniques
<b>CSS</b>	Cadre Supérieur de Santé
<b>DIM</b>	Département de l'Informatisation Médicale
<b>DG</b>	Directeur Général
<b>DGOS</b>	Direction Générale de l'Offre de Soins
<b>DOP</b>	Directeur des Opérations
<b>DS</b>	Directeur des soins
<b>EHESP</b>	École des Hautes Étude en Santé Publique
<b>ETP</b>	Éducation Thérapeutique du Patient
<b>FFDS</b>	Faisant Fonction de Directeur des Soins
<b>FHF</b>	Fédération Hospitalière de France
<b>GHT</b>	Groupement Hospitalier de Territoire
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HPST</b>	Hôpital Patients Santé et Territoires
<b>IFCS</b>	Institut de Formation des Cadres de Santé
<b>JO</b>	Journal Officiel
<b>LMD</b>	Licence / Master / Doctorat
<b>LMSS</b>	Loi de Modernisation de notre Système de Santé

<b>PAERPA</b>	Parcours de santé des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie
<b>PASS</b>	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
<b>PCME</b>	Présidents de Commission Médicale d'Établissement
<b>PEC</b>	Prise en Charge
<b>PMSP</b>	Projet Médico-Soignant Partagé
<b>PMP</b>	Projet Médical Partagé
<b>PRS</b>	Programme Régional de Santé
<b>PSP</b>	Projet de Soins Partagé
<b>PSIRMT</b>	Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique
<b>SI</b>	Système d'Information
<b>T2A</b>	Tarifification à l'Activité

# Introduction

Au moment de construire notre travail de recherche de fin de formation, une maxime : nous revient en mémoire : « **Seul, on va vite. Ensemble, on va plus loin**<sup>1</sup> ». Utilisée par un Coordinateur Général des Soins (CGS), lors d'une intervention en Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et des Médico Techniques (CSIRMT) de territoire, elle rappelle que tous les Directeurs des soins (DS) accompagneront un jour les professionnels de santé à la réalisation de projets (projet managérial, de soins, médical, d'établissement, qualité, informatique, de vie, etc.). Pour Serge Raynal<sup>2</sup>, c'est « *l'expression d'un désir, d'une volonté, d'une intention, d'une ambition* »<sup>3</sup>. Réaliser un projet permet de projeter dans l'avenir. Selon la norme ISO 9000<sup>4</sup>, c'est un « *processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, incluant les contraintes de délais, de coûts et de ressources* ». Ainsi, pour l'auteur cité ci-dessus, « *aucune entreprise, quelle qu'elle soit ne peut aujourd'hui se permettre de se dispenser de projets sous peine de disparaître car elle perdra peu à peu ses atouts concurrentiels, sa rentabilité, sa crédibilité, son efficience par son immobilisme face à la prolifération des innovations concurrentielles* »<sup>5</sup>.

L'hôpital se réinvente sans cesse, sous l'impulsion de ses usagers, la médiatisation des évènements graves et l'implication des politiques. Depuis trente ans, son contexte est marqué par des avancées technologiques majeures, qui ont inscrit un tournant dans les programmes d'actions à développer. Ainsi, la Loi du 31 juillet 1991<sup>6</sup> place le malade au cœur des préoccupations et de l'identification des priorités d'actions des soignants. L'Ordonnance du 2 mai 2005<sup>7</sup> réorganise l'hôpital en pôles d'activités, avec, pour effet une mutualisation des prises en charge (PEC) par disciplines ou par filières. La Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) de 2009<sup>8</sup> correspond à un tournant car elle fait disparaître l'exercice individuel au profit des coopérations des personnels de santé. Elle positionne dorénavant le patient acteur dans les décisions le concernant, notamment avec

---

<sup>1</sup> Proverbe africain. Auteur inconnu

<sup>2</sup> Responsable du Master de Management international par projet à l'Université d'EVRY

<sup>3</sup> RAYNAL S. 1996. *Le management par projet*. Les éditions d'organisation. p. 55

<sup>4</sup> Systèmes de management de la qualité. Principes essentiels et vocabulaire. Norme internationale Iso 9000. AFNOR. Éditions 2015. p. 16

<sup>5</sup> *Ibid.* p. 55

<sup>6</sup> Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal Officiel (JO) n°179 du 2 août 1991

<sup>7</sup> Ordonnance N° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. JO n° 102 du 3 mai 2005

<sup>8</sup> Ministère de la Santé et des Sports. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO n°0167 du 22 juillet 2009

l'Éducation Thérapeutique (ETP). La Loi de Modernisation de notre Système de Santé<sup>9</sup> (LMSS) du 26 janvier 2016 voit, quant à elle, la création des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT). L'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur, amorcée depuis quelques années avec le travail en réseaux, s'intensifie. Les établissements de santé, en lien avec la ville et les structures médico-sociales, doivent mieux coordonner les parcours de soin des patients, en apportant des réponses individualisées à toutes situations, même les plus complexes. Cet engagement s'exprime dans un projet unique, appelé **projet médico-soignant partagé** (PMSP). Ce document, écrit pour 5 ans doit tenir compte des priorités du diagnostic territorial de santé et relever le défi d'améliorer le recours aux soins pour tous. En parallèle, il cherchera aussi, l'amélioration des pratiques, la complémentarité des actions de formation, la promotion de la recherche et l'uniformisation des modes de management.

Les réformes successives ont poussé les DS à s'impliquer dans la voie du changement. Pour cela ils s'appuient sur des compétences acquises lors de l'année de formation à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) et du soutien de leurs équipes, notamment de l'encadrement intermédiaire représenté par les cadres de santé (CS) et cadres supérieurs de santé (CSS). Pour Mintzberg<sup>10</sup>, « le cadre est une *« charnière entre son organisation et un réseau de contact. Son travail s'exerce sur trois niveaux différents : un rôle inter personnel, un rôle lié à la transmission d'information et un rôle décisionnel »*. Mais, un an après la mise en place des GHT, nous découvrons, lors de la parution des résultats d'une enquête réalisée dans le cadre d'un mémoire de formation de l'école des cadres<sup>11</sup> que *« 79 % des CS interrogés, estiment qu'ils n'ont pas été informés des modifications inhérentes au GHT, alors même que 46 % pensent que le GHT aura un impact sur leurs missions »*. L'encadrement supérieur estime que le projet médical partagé (PMP) a pris le lead sur le projet de soins partagé (PSP) et que *« des améliorations doivent être apportées dans les transmissions d'informations »*<sup>12</sup>. Ce constat démontre que les DS doivent repenser leurs missions, décloisonner les organisations pour engager des coopérations, mais aussi renforcer le positionnement de management de leurs équipes. Thomas LE LUDEC, Directeur Général (DG) du CHU de Montpellier rappelle, en juin 2017 que : *« quand la direction des soins va bien, tout va bien »*<sup>13</sup>. Il exhorte les DS à *« être*

---

<sup>9</sup> Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JO n°0022 du 27 janvier 2016

<sup>10</sup> MINTZBERG H. 1984. *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre*. Eyrolles Éditions Organisation. p. 69, 76 et 87

<sup>11</sup> MARECHAL A. Février 2018 *« Le cadre de santé, moteur du GHT »*. Gestions hospitalières. n° 573. p.121

<sup>12</sup> BENQUE B. Mars 2017. *« Les GHT privilégient la mise en place d'un projet médico-soignant partagé »*. Disponible sur internet. [Visité le 06/07/18]

<https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/article/les-postures-du-bon-cadre-superieur-de-sante-en-ght/>

<sup>13</sup> LAGADEC A.M. 2017. *« Les directeurs des soins se projettent dans l'avenir »*. Soins cadres. N°103. Septembre. p. 5

*les managers des managers [...] pour entraîner leur équipe dans un projet collectif »<sup>14</sup> ». C'est donc ensemble, que les paramédicaux, encouragés par le DS et les médecins, représentés par le Président de la Commission Médicale d'Établissement (PCME), doivent montrer la voie vers un exercice plus solidaire. Le management par projet se justifie d'autant plus par la nécessité pour les équipes d'atteindre un but commun : l'amélioration des parcours de soin des patients. Mais la promotion d'un projet unique sous la forme d'un PMSP, soutenu par le DS et le PCME du territoire peut-elle entretenir une synergie suffisante pour créer des interactions chez les cadres ? Les missions et le positionnement du DS dans le GHT peut-il avoir un impact dans la mise en œuvre d'un projet unique ?*

Nous alimentons cette réflexion par deux situations rencontrées dans le cadre de notre exercice professionnel :

La première situation émerge de notre expérience du travail en réseaux de santé en l'addictologie et en psychiatrie. « *Les **réseaux de santé** ont pour objet d'améliorer la prise en charge globale des patients favorisée par le décloisonnement entre les professionnels de la ville, les établissements de santé publics [...] et le secteur médico-social. [...] dans le cadre d'un parcours de soins coordonné* »<sup>15</sup>. L'implication des personnels est ici importante, centrée sur les besoins des usagers. Des partenariats existent avec des structures comme la médecine libérale, l'éducation nationale, l'aide sociale à l'enfance, etc. Les filières apportent une réponse aux situations complexes (filiale Adultes pour assurer la continuité des soins sans rupture des accompagnements après la période de l'adolescence, filière précarité pour suivre les adultes en difficulté, etc.). Le projet médico-soignant est le ciment d'actions innovantes, développées sur le territoire pour répondre aux besoins de la population (participation à des groupes ressources en lien avec les orientations du programme régional de santé (PRS) identifié par l'Agence Régionale de Santé (ARS) par exemple). Les équipes, s'inscrivent volontiers aux groupes de travail et sont forces de proposition. Les expériences développées enrichissent le réseau. Les échanges professionnels sur le territoire servent de base au travail mené ensuite dans le cadre des projets menés sur le GHT par les DS et les équipes médicales.

La deuxième situation se déroule durant notre stage 1 « Appréhender la fonction du Directeur des Soins ». Nous considérerons la place du DS dans le cadre d'une l'analyse sociologique. Sur le GHT rencontré, les objectifs du PMSP sont identifiés à *minima* pour que les professionnels apprennent à se connaître et travailler ensemble. Le document a d'ailleurs reçu un avis favorable dans le cadre des instances. Or, lors du Comité Stratégique (Costrat), nous constatons une survalorisation des axes du projet médical. Le résultat du

---

<sup>14</sup> LAGADEC. A.M. Ibid. p. 5

<sup>15</sup> CIRCULAIRE N°DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM

questionnaire que nous réalisons, montre qu'un cadre sur deux ne connaît pas les axes du PSP. Ce rapport alarmant est d'ailleurs confirmé par le CGS du territoire. Il évoque ses difficultés à impliquer l'encadrement, compte-tenu de l'actualité tendue (gestion des plans de retour à l'équilibre, absentéisme, etc.). Pour lui, les démarches internes aux établissements priment encore sur les travaux du GHT. Il cible pourtant une stratégie managériale unique, en lien avec les autres DS, prévue en fin d'année 2018. Il espère qu'un mouvement fédérateur naîtra par la suite et modernisera la vision du management des CS et des CSS, pour les amener à devenir les maillons essentiels d'un PMSP plus participatif sur le territoire.

Ces deux situations font émerger une question qui oriente notre travail de recherche :

**« En quoi l'appropriation du PMSP par l'encadrement permet-il aux DS du GHT de déployer une stratégie de soin commune sur l'ensemble du territoire ? »**

Nos investigations s'inscrivent dans la perspective de notre prise de fonction en qualité de Directrice des Soins. Elles s'intéressent à l'implication de l'encadrement dans les axes du PMSP et à la problématique de la gestion de l'accompagnement du changement par les DS, en fonction de leur positionnement sur le GHT.

Pour trouver des pistes de réponses, nous formulons trois hypothèses :

→ **Hypothèse 1** : La politique managériale du DS encourage l'appropriation du PMSP par les équipes d'encadrement, quelle que soit la fonction occupée dans le GHT

→ **Hypothèse 2** : La qualité des interactions du binôme DS/PCME impacte l'influence du management de projet et la coopération de l'encadrement

→ **Hypothèse 3** : Le PMSP peut être un catalyseur de l'accompagnement du changement et être utilisé par le DS comme outil de mise en synergie des équipes d'encadrement

La première étape consistera par revoir, dans le chapitre 1, l'histoire du projet de soins au travers des réformes, puis d'étudier les interactions du binôme DS / PCME. Nous aborderons des concepts comme l'appropriation, le changement, le management ou le leadership, qui nous feront envisager l'implication du DS dans la coordination du projet auprès de l'encadrement.

Dans le chapitre 2, nous commencerons par aborder la méthodologie utilisée pour l'enquête. Puis nous examinerons les résultats des entretiens afin de tirer une analyse et vérifier les hypothèses pour répondre à la question de départ.

Enfin, le dernier chapitre sera consacré aux préconisations. C'est un enjeu important pour nous ouvrir sur des perspectives politiques, stratégiques et opérationnelles à capitaliser dans le cadre de notre prochaine prise de fonction en tant que Directeur des soins.

# 1 Le PMSP : vers un management plus territorial de la stratégie de soins du Directeur des soins

Nous allons aborder, dans ce chapitre, les éléments de littérature relatifs à notre recherche et nos hypothèses pour comprendre l'impact des interfaces DS/PCME dans la mise en place du PMSP et dans l'accompagnement du changement par l'encadrement.

## 1.1 Le management de projets de soins des Directeurs des Soins évolue avec la notion de territoire

### 1.1.1 Le cadrage de la Loi conforte le projet de soin du Directeur des Soins

Pour appréhender le présent, il faut se préoccuper du passé. La mise en œuvre des projets de soins dans les hôpitaux a fait l'objet d'un long processus législatif et plusieurs textes ont été l'origine de la place du projet de soins tel qu'il existe actuellement. En parallèle, les missions du DS se sont adaptées pour mieux correspondre aux besoins du patient, améliorer la qualité des soins et engager des coopérations sur le territoire.

- **La Loi du 31 décembre 1970**<sup>16</sup> dite « Loi Boulin » introduit la notion de territoire.

- **La Loi du 31 juillet 1991** renforce la planification sanitaire. Elle voit la création d'un Service de Soins Infirmiers, confié à l'Infirmier Général. Il est membre de l'équipe de direction et préside la Commission des soins infirmiers. La Loi installe l'obligation de réaliser des projets, comme le projet d'établissement, construit à partir du projet médical soumis à l'avis à la Commission Médicale d'Établissement (CME). Les cadres infirmiers, quant à eux, commencent à s'impliquer dans les projets des services.

- **L'ordonnance du 24 avril 1996**<sup>17</sup> confirme la place du projet d'établissement notamment pour la négociation des **Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)** conclus avec les Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH).

- Le **décret du 19 avril 2002**<sup>18</sup> légitime le statut du DS qui « *[..] sous l'autorité du directeur d'établissement, est responsable de la conception du projet de soins [..]* ». Grâce à son expertise, il a autorité pour conduire la stratégie des soins sur le territoire. Sa vision spécifique des PEC assure aussi l'ajustement des besoins aux ressources disponibles.

---

<sup>16</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. JO du 3 janvier 1971

<sup>17</sup> Ministère du travail et des Affaires Sociales. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JO n° 98 du 25 avril 1996

<sup>18</sup> Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière modifié par le décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014. JO n° 0007 du 9 janvier 2014

- **L'ordonnance du 2 mai 2005** instaure une nouvelle gouvernance et crée les pôles, ce qui a pour effet immédiat de décloisonner les services. Les échanges et les mutualisations entre les équipes sont renforcés de fait. Par ailleurs, « *le projet d'établissement comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique (PSIRMT)* »<sup>19</sup>.

- **La Loi HPST de 2009** « *consacre le territoire de santé* »<sup>20</sup>. Les projets recherchent plus d'efficacité car l'hôpital a pris un virage ambulatoire. La qualité des soins s'articule de plus en plus avec une logique économique pour mieux utiliser les ressources. Elle recherche aussi la satisfaction des usagers et celle du personnel. Le positionnement du DS devient plus politique, notamment via son projet de soins, qui tient compte du contexte de l'établissement et du territoire. Il doit mieux s'adapter aux besoins du patient car il est constaté un vieillissement de la population et une augmentation des maladies chroniques en France. La dimension opérationnelle de la fonction s'exerce dans la mise en cohérence des ressources humaines aux projets identifiés. Le DS a une place centrale dans le déploiement des **Communautés Hospitalières de Territoire**<sup>21</sup> (CHT), nouveau dispositif de convergence des projets médicaux de plusieurs établissements de santé. Les filières de soins établies favorisent la mutualisation de fonctions supports comme le laboratoire, la radiologie, etc., une meilleure utilisation des ressources afin de limiter les inégalités d'accès aux soins.

- **L'ordonnance du 23 février 2010**<sup>22</sup> renforce encore la place du projet de soins, qui fait dorénavant partie intégrante du projet d'établissement, au même titre que le projet médical.

- **La LMSS du 26 janvier 2016** associe de plus en plus l'utilisateur aux instances de l'établissement. Le terme de « *territoire de démocratie sanitaire* » fait son apparition. L'organisation hospitalière se réforme encore pour tenir compte des besoins de recours, de la continuité et de la gradation des soins entre la ville et l'hôpital, entre le sanitaire et le médico-social, dans un contexte de raréfaction des ressources médicales dans certaines régions. Pour l'hôpital, l'objectif visé est l'élaboration d'une « *stratégie collective médico-soignante au sein d'un territoire et au service de la prise en charge des patients*<sup>23</sup> ». Le projet médical correspond à des niveaux de recours et propose un panier de services permettant de répondre aux exigences d'égal accès de PEC. Les GHT remplacent les CHT. Outre l'obligation d'y adhérer, l'enjeu de cette nouvelle forme de coopération est la mise en

---

<sup>19</sup> Ordonnance du 2 mai 2005. Op. Cit. p.1

<sup>20</sup> Loi HPST de 2009. Op. Cit. p.1

<sup>21</sup> Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Disponible sur internet. [Visité le 04/06/18]  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_hpst\\_-\\_la\\_communaute\\_hospitaliere\\_de\\_territoire.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_hpst_-_la_communaute_hospitaliere_de_territoire.pdf).

<sup>22</sup> Ministère du ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et Ministère de la santé et des sports. Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la Loi HPST. JO n°0047 du 25 février 2010

<sup>23</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur internet. [Visité le 28/06/18]  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/>

place du PMSP, qui met en synergie le PMP, préalable de la convention constitutive et le PSP « *déclinaison paramédicale des orientations stratégiques* »<sup>24</sup> entre les établissements participants. Le PMSP<sup>25</sup> identifie des parcours patients et garantit un « *égal accès à des soins sécurisés et de qualité grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée* »<sup>26</sup> dans une « *approche territorialisée et plus populationnelle de la santé* »<sup>27</sup>. Il engage aussi les acteurs de santé à travailler dans une approche plus conforme aux objectifs de la Stratégie Nationale de Santé<sup>28</sup>, ce qui implique de tendre vers l'uniformisation des normes et procédures (cf. démarche de certification commune ou synchronisée), de promouvoir l'éducation thérapeutique de la santé et de miser sur la prévention. Être ensemble, c'est aussi avoir l'opportunité de mieux structurer la recherche et d'envisager des pratiques de soins différentes.

- Le décret **du 27 avril 2016** rétablit la place du PSP. Au départ, seul le PMP apparaissait dans les documents supports du GHT. Avec l'orientation soin, la démarche engage à la fois les équipes paramédicales et médicales : L'article **R. 6132-5** précise que : « *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* ».

L'ossature de la Loi donne corps aux projets et lie le DS et le PCME. Ils doivent travailler ensemble pour fédérer les équipes d'encadrement des établissements.

### **1.1.2 Directeur des soins / Président de la Commission Médicale d'Établissement : un binôme qui a évolué au fil du temps**

Nous l'avons vu, le processus de collaboration entre le DS et le PCME a nécessité du temps pour se mettre en place. En effet, le premier a dû légitimer sa fonction et construire son identité professionnelle, alors que pour le second, il s'agissait de mieux s'impliquer dans les instances hospitalières, tout en continuant de s'occuper des malades.

Le décret du 11 avril 1975 crée le corps des Infirmières Générales « *responsable de la coordination des activités du personnel [...] veille en lien avec le corps médical à la qualité*

---

<sup>24</sup> Ministère des solidarités et de la santé. Disponible sur internet. [Visité le 07/06/18] [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght\\_vademecum.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght_vademecum.pdf) « *Vade-mecum. GHT Mode d'emploi. 15 Points Clés* ». Juillet 2017. Page 8

<sup>25</sup> Pour faciliter la compréhension du lecteur, l'acronyme PMSP sera utilisé tout au long de ce mémoire pour désigner les projets mis en place par les GHT

<sup>26</sup> Convention constitutive d'un Groupement- Observation période de stage

<sup>27</sup> Groupements Hospitaliers de Territoire et Santé Publique. Collection Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique. 13 mars 2017. p. 13

<sup>28</sup> Ministère des solidarités et de la santé Disponible sur internet. [Visité le 28/07/18]. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf) Stratégie Nationale de Santé 2018–2022.

*des soins infirmiers* ». En 2002, le métier de DS est né et avec lui, la fonction de CGS. Entre-temps, les réformes successives confortent la place centrale du PCME. Il a un rôle plus stratégique dans le cadre de la politique médicale de l'établissement mais il a aussi un rôle opérationnel auprès des médecins et chefs de pôle. La Loi HPST affirme la nécessité d'un travail partagé et interconnecté entre le DS et le PCME. Elle les positionne comme deux acteurs essentiels pour conduire la gouvernance de l'établissement et les projets :

- **Le DS, s'il est Coordonnateur Général des Soins, est Président de la CSIRMT et membre de droit du Directoire.** La CSIRMT « *est consultée pour avis sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le coordonnateur général des soins [..].* Le DS siège à la CME et dispose d'une voix consultative dans les délibérations. Il se trouve à l'interface entre l'équipe de direction, le PCME et les soignants. Il accompagne l'encadrement dans sa gestion de projets en apportant notamment de la méthodologie (analyse de charge de travail, tableaux d'activité pour dimensionnement des effectifs, etc.).
- **Le PCME, est vice-président du Directoire.** A ce titre, il forme un duo avec le chef d'établissement. Il est garant du projet médical, de la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et des conditions de PEC des usagers. Il est Président de la CME qui sera consultée pour le « *projet médical d'établissement, le projet d'établissement [..], la convention constitutive des centres hospitaliers et universitaire et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 [..], elle sera informée du projet de soins infirmier, de rééducation et médicotechniques [..]* »<sup>29</sup>. La CME désigne un représentant qui siège à la CSIRMT »<sup>30</sup>.

Notons que depuis la nouvelle gouvernance, les chefs de pôles ont été également transformés en pilote de projets, notamment au travers de la dynamique des contrats de pôles, Ils ont obtenu aussi l'autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels du pôle. Le « conseil de pôle », principale instance de rencontres des professionnels n'est plus obligatoire depuis HPST<sup>31</sup>. Un rapport de la Direction des Affaires Juridiques de mars 2014 constate que « ***les modalités de concertation et de consultation internes aux pôles apparaissent souvent insatisfaisantes, le lien entre les responsables de pôle et l'ensemble des personnels étant perçu comme insuffisant*** »<sup>32</sup>. Les travaux du DS et le PCME sont donc indissociables pour associer les soignants et l'encadrement aux projets

---

<sup>29</sup> Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la Commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé

<sup>30</sup> Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques dans les établissements de santé

<sup>31</sup> Ministère de la Santé et des Sports / ANAP. « La Loi HPST à l'hôpital. Les clés pour comprendre »

<sup>32</sup> Conférence hospitalière. Mars 2014 Disponible sur internet. [Visité le 17/05/18] <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-des-conferences-hospitalieres-bilan-et-evaluation-du-fonctionnement-des-poles-dans-les-etablissements-de-sante-mars-2014/> p. 14

menés, comme ils pourraient être associés à la gestion de la qualité, la démarche de certification ou les procédures d'accueil des patients. C'est d'autant plus vrai que la gouvernance du GHT et la déclinaison des axes du projet médical et de soins sur un ensemble plus vaste va nécessiter une contribution équivalente, basée sur la confiance mutuelle. « *Le partenariat du Directeur de Soins et du Président de la CME, dans le cadre d'un projet de soin médico-soignant, est interpellé. Mais, si le contenu du projet médical exprime « le quoi », le projet de soin en tant que processus, exprime « le comment », alors, c'est dans la cohérence et dans la coordination entre contenu et processus à chaque niveau et dans l'interaction entre les niveaux que naîtra l'émergence d'une dynamique globale.* »<sup>33</sup>. Les interactions du binôme doivent donc engendrer deux processus dynamiques convergents auprès des cadres du GHT :

- Un processus de « **collaboration**, c'est-à-dire « **travailler ensemble** en vue de l'élaboration commune d'une solution négociée et consensuelle. Le travail collaboratif vise à favoriser les interactions entre pairs en permettant d'échanger et de partager des compétences pour mieux réussir un projet commun »<sup>34</sup>.
- Un processus de « **coopération**, c'est-à-dire « **opérer ensemble, partager des tâches** entre les différents participants et une mise en commun par juxtaposition des apports de chacun. On parle de travail coopératif quand deux ou plusieurs personnes travaillent conjointement dans un même objectif, chacun ayant à sa charge une part bien définie du travail à réaliser »<sup>35</sup>.

« Ainsi, accompagner et conduire le projet de soin médico-soignant, nécessite qu'il se concrétise dans l'action »<sup>36</sup>, le DS et le PCME devenant les chefs d'orchestre de la mise en place du projet. La vision des PCME et des DS est centrée sur la clinique mais veille aussi à la qualité de vie au travail de leurs collaborateurs. Ils recherchent tous deux à « accentuer les pratiques collaboratives pour mieux agir sur les interfaces ».<sup>37</sup> La création d'un climat favorable au projet pourra également entretenir la cohésion des acteurs. Mais quelles seraient les répercussions d'un échange plus étayé entre le DS et le PCME sur l'engagement de l'encadrement au PMSP ?

---

<sup>33</sup> INTHAVONG K. Décembre 2007. « *Du projet de soins infirmiers au projet de soins médico-soignant. Une vision plurielle* ». Association de Recherche en Soins Infirmiers. n° 91. p. 40

<sup>34</sup> « *Collaboration / coopération. Pédagogie dans l'enseignement supérieur* ». Disponible sur internet Visité le [10/05/18] <https://moodle-admin.parisdescartes.fr/mod/glossary/showentry.php?courseid>

<sup>35</sup> Ibid. <https://moodle-admin.parisdescartes.fr/mod/glossary/showentry.php?courseid>

<sup>36</sup> INTHAVONG K. Ibid. p.40

<sup>37</sup> Idées clés pour le projet de soins partagé. Groupement hospitalier de Territoire. Disponible sur internet. [Visité le 28/06/18] [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_idees\\_cles\\_psp\\_2017.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_idees_cles_psp_2017.pdf) p.5

### 1.1.3 Les interactions du Directeur des Soins et du Président de CME entretiennent un processus de cohésion des professionnels

Madame INTHAVONG, DS exerçant à PARIS préconisait en 2007 que : « le DS et le PCME s'articulent avec tous les acteurs et collaborent à tous les niveaux de l'infrastructure hospitalière. Cela nécessite de gérer les interphases avec les différents partenaires afin d'éviter les conflits de pouvoir. [...] L'exigence de transparence dans l'information des professionnels rencontrés le montre. Cette possibilité de créativité et d'expression de tout professionnel-acteur mobilise les ressources humaines et œuvre au développement de l'organisation. L'appropriation concerne alors le projet dans sa globalité et ne se limite pas à celle de ses composantes afin de développer des stratégies de coopération »<sup>38</sup>.

Avec la mise en place des CHT puis des GHT, le développement des coopérations interprofessionnelles est devenu pour le DS et le PCME l'opportunité de mener un projet ambitieux capable de réduire les inégalités de l'offre de soins du territoire et d'inclure la prévention et de la promotion de la santé. Une enquête menée en Novembre 2016 par l'Association Française des Directeurs des Soins (AFDS) démontre la participation conjointe des DS et des PCME dans les groupes de travail lors de la réalisation des PMSP. Même si elle demande à être poursuivie, il s'avère que « 60 % des DS ont été impliqués dans la démarche de préparation du PMP contre 50 % des PCME aux travaux du PSP »<sup>39</sup>. Par ailleurs, il est repéré que les DS encouragent la participation « des soignants non médicaux en fonction de leur expertise du domaine reconnu et des thématiques retenues, [...], au-delà du soignant élu par la CSIRMT locale »<sup>40</sup>. Les PCME estiment que ce travail commun a permis d'organiser plus rapidement les filières de PEC des patients en proposant les « bons soins, par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment et au meilleur coût »<sup>41</sup>. Le DS est alors perçu comme « un médiateur opérationnel, optimisant et favorisant les liens professionnels »<sup>42</sup>. Sa connaissance de l'établissement et les liens qu'il entretient avec les acteurs du terrain et l'encadrement, le positionne comme un acteur incontournable de la mise en œuvre du GHT, à la croisée des chemins entre les équipes paramédicales et médicales.

---

<sup>38</sup> INTHAVONG K. Ibid p. 54

<sup>39</sup> « Les GHT privilégient la mise en place d'un projet « médico-soignant » partagé » [Visité le 06/06/18] disponible sur internet : <https://www.infirmiers.com/actualites/.../ght-projet-medico-soignant-partage.html>

<sup>40</sup> ZIMMERMANN J.F. 2017. « Directeur des soins / Coordonnateur des soins ». Gestions hospitalières n° 566. Mai. p. 292

<sup>41</sup> ars.santé.fr/l'organisation des parcours de soins, de santé, de vie

<sup>42</sup> LEROY C. Mars Avril 2018. « Le Directeur des soins et le GHT. Une ressource entre les enjeux identitaires, stratégiques et politiques ». Techniques hospitalières. La revue des technologies de la Santé. p. 45

Même si le management s'est mobilisé pour identifier les filières de soins, il existe une idée, fréquemment partagée<sup>43</sup> par les DS et PCME que le document transmis le 30 juin 2017 à l'ARS n'était qu'une étape préparatoire, « *une ébauche indispensable pour que les acteurs puissent apprendre à se connaître* »<sup>44</sup>. Une deuxième phase sera nécessaire pour apporter des réponses plus complètes aux besoins de santé de la population et s'ouvrir sur la ville conformément aux préconisations de Madame J. HUBERT et le Docteur F. MARTINEAU<sup>45</sup>, lors de leur mission ministérielle sur les GHT. Si le DS et le PCME partagent les mêmes valeurs et la même culture du soin, le projet unique pourrait devenir une opportunité, capable de créer une synergie entre les acteurs et mettre en place des équipes communes, susceptibles de faire converger les organisations et les outils. Un projet multicentrique comme le PMSP justifie la mutualisation des forces d'actions, la recherche de complémentarité dans l'action et la mobilisation de toutes les équipes à la concrétisation d'un objectif commun. Mais pour y parvenir, le DS et le PCME devront s'assurer de l'aboutissement des axes en conformité aux objectifs assignés et aux contraintes. Ils devront aussi assumer ensemble la responsabilité.

Nous avons dressé un état des lieux du travail mis en place sur les PMSP depuis juillet 2017. Nous avons besoin maintenant, à partir de ces constats, d'identifier les concepts sur lesquels vont s'arc-bouter les logiques de l'accompagnement du changement et son appropriation par les équipes d'encadrement.

## **1.2 Quelles perspectives de management, les liens du DS avec l'encadrement**

Nous avons compris que la LMSS a provoqué une conjoncture favorable aux développements des coopérations et des collaborations. Parallèlement, les DS réinventent leurs pratiques managériales afin d'impliquer l'encadrement dans la démarche. Mais, pour travailler dans un GHT, faut-il aussi prendre en considération les différences de positionnement des cadres et de la nécessité de valoriser les individus pour les engager dans un projet collectif ? Et quand nous désignons le DS, pilote du PMSP, de qui parlons-nous ? Alors que de « nouvelles fonctions » apparaissent, les anciens fonctionnements hospitaliers ont la vie dure. Car si le métier du DS est en train d'évoluer, ces changements sont-ils vraiment perçus par l'encadrement ? Les traditionnels modes d'exercice, attachés

---

<sup>43</sup> Informations tirées des entretiens exploratoires et des entretiens semi-directifs réalisés dans le cadre du mémoire

<sup>44</sup> Entretien PCME. Phase exploratoire. Mars 2018

<sup>45</sup> HUBERT J. MARTINEAU F. Mission Groupements Hospitaliers de Territoire. Février 2016.

Disponible sur internet. [Visité le 28/06/18] [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_final\\_misison\\_hmdefmodifsddefv150316.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_misison_hmdefmodifsddefv150316.pdf)

à un établissement de santé, sont-ils en train de laisser la place à des pratiques plus territoriales ? Cette situation, inédite jusqu'alors, donne des marges de manœuvre à l'innovation managériale. Pour conduire le déploiement du PMSP sur le territoire et suivre les objectifs, en lien avec le PCME, les cadres peuvent se révéler comme une ressource.

### 1.2.1 Un métier du DS en pleine mutation

La préfiguration en GHT réinterroge les dynamiques professionnelles. Les contours du métier du DS sont plus flous, pour correspondre peut-être aux exigences qu'implique la gouvernance d'un groupe d'établissements (participation aux réunions de travail sur le territoire, coordination d'instances et liens avec de nouveaux partenaires comme les Président du Collège médical du territoire – médecin du Département de l'Informatisation médicale (DIM) de territoire, etc.). Le travail longtemps « isolé » du DS devient plus collectif pour encourager un projet rassembleur, autour duquel les pairs reconnaîtront les valeurs et les actions communes. Depuis l'avènement des GHT, le DS « *subit aussi à la fois une forte pression liée à l'accélération des cycles de décision et doit adapter son mode de management à des équipes très diversifiées. Dans cet environnement en changement perpétuel, il reste pourtant un repère. D'une part parce qu'il est le garant du respect de la qualité au détriment de la productivité, mais aussi parce qu'il a un rôle important à jouer dans la diffusion des bonnes pratiques managériales par l'exemplarité de ses comportements* »<sup>46</sup>. Sous l'impulsion du Directeur Général (DG) de l'établissement support, de nouvelles « fonctions » voient le jour. Et dans la majorité des cas, cela ne modifie pas la fiche de poste du DS doit conduire le changement. Or, nous avons pu voir apparaître :

- **Le Coordonnateur des Soins du GHT** utilise le modèle du CGS. Il n'a pas d'autorité hiérarchique sur les autres CGS ou DS issu du même GHT. Sa mission est de piloter, de manière transversale les axes du PSP du territoire et d'assurer les liens entre les différentes équipes. « *Il facilite les coopérations entre les structures autour d'un projet commun et partagé afin que les patients bénéficient de soins de qualité* »<sup>47</sup>.

- **Le Directeur des opérations (DOP)** : C'est un DS ou un Directeur adjoint qui a un « *rôle transversal qui vise à améliorer l'organisation du séjour du patient en recentrant les ressources en personnel sur les activités de soins* »<sup>48</sup>. Il travaille avec l'ensemble des DS du territoire sur les parcours et les filières de soins. « *Il a pour objectif d'améliorer les performances, ce qui passe par la rationalisation de la production, la baisse des coûts de*

---

<sup>46</sup> SALMON K. Ibid. p. 17

<sup>47</sup> LEROY C. Op. Cit. p.44

<sup>48</sup> LEMASCON P. et BILLOT N. Septembre 2017. « *La collaboration entre le directeur des opérations et le directeur des soins* ». Soins Cadres n° 103. p. 30

*fabrication et la réduction des goulets d'étranglement ainsi que la hausse du taux de service »<sup>49</sup>.*

### **Des équipes projet de territoire se sont constituées alors autour :**

- Un pilotage confié soit au DS/PCME de l'hôpital support ou de l'un des établissements-parties. Il renforce chez les cadres :

- L'acquisition d'une culture de travail commune et partagée, porteuse de sens pour l'encadrement et les professionnels de santé,
- La communication pour donner du sens aux actions quotidiennes, afin que chaque soignant puisse identifier l'importance de sa place dans l'organisation de travail,
- Le décloisonnement des organisations de travail et le renforcement des coopérations entre les différents professionnels du territoire,
- La garantie des droits et la sécurité des soins à l'utilisateur, en harmonisant les procédures, modes opératoires et organisations des soins entre établissements. Ce travail étant de la même ampleur que celui conduit dans le cadre des démarches qualité par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2004 pour préparer les premières démarches certification.
- Des propositions de perspectives d'évolution à 5 ans notamment dans la dimension « santé » défragmenté en termes de parcours, d'Éducation thérapeutique, de prévention, et de perspectives entre la ville, le secteur médico-social et l'hôpital.

- des coéquipiers qui sont les relais dans les établissements. Ils travaillent en lien avec les pilotes du projet. Il peut s'agir des autres CGS, DS et FFDS ainsi que des PCME des autres établissements.

- des personnes ressources en interne (médecin DIM, ingénieur Qualité, etc.) et des personnes support (usagers).

La CSIRMT de territoire permet aux DS du GHT de suivre avec leurs équipes, les axes du projet mis en place. Un avenant<sup>50</sup> identifie le « *socle de compétences lié à la mise en œuvre du projet médico-soignant du GHT, la composition de l'instance et le rythme des réunions. Cette commission conduira ensuite les évaluations [...] « dépasser certains préjugés dus à l'ignorance, dégager des principes d'actions communs »*<sup>51</sup>. A noter qu'il n'y a pas de représentant médical aux CSIRMT de territoire.

Le GHT semble estomper peu à peu la hiérarchie verticale au profit d'un management beaucoup plus horizontal, peut-être moins présent physiquement mais plus structurant.

---

<sup>49</sup> CALAIS C. 2010. *Directeur des Opérations, le chef d'orchestre*. Supply chain Magazine. p. 43

<sup>50</sup> Cf. Annexe 1 Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) avenant : « Préconisations pour la mise en place de la CSIRMT de groupement et proposition d'avenant pour la CSIRMT du GHT »

<sup>51</sup> MISPELBLUM BEYER F. Professeur de sociologie. 2016. « *Les défis de la coopération* ». Soins cadres n° 99. Septembre p. 25

## 1.2.2 Impliquer l'encadrement dans un projet territorial

Coordonner un projet territorial comme le PMSP suppose que le DS pilote, dispose de relais solides. Les DS du GHT sont des personnes ressources qui connaissent le terrain. Ils peuvent identifier les soignants et s'impliquer dans les comités de pilotage (Cf. participation du binôme DS / PCME avec leurs homologues du territoire aux réunions du CoStrat). Trois constats sont à prendre en compte :

- **En 2009**, Chantal DE SINGLY<sup>52</sup>, dans le cadre d'une commission d'enquête sur les cadres hospitaliers, édite un rapport qui met en évidence un besoin de reconnaissance au travail de l'encadrement intermédiaire à l'hôpital.
- **En juin 2017**, le Syndicat des Managers Public de Santé révèlent les résultats d'un sondage réalisé auprès d'un échantillon de 1.089 managers. Les résultats démontrent que : « 45% pensent que leur métier a changé ou va changer négativement contre 24% estiment qu'il va changer de manière positive »<sup>53</sup>
- **En 2018**, un bilan fait état que « certains CGS ont fait le choix de ne composer la CSIRMT de territoire que de directeurs, d'en exclure donc les cadres »<sup>54</sup>.

Lors des rencontres de la Fédération Hospitalière de France (FHF)<sup>55</sup>, des DS alertent, sur le manque de diffusion des PMSP aux CS et CSS. Cela sera, à terme, préjudiciable pour le positionnement de l'encadrement d'une part, et la communication aux équipes d'autre part.

Mais les DS du territoire ont-ils les capacités d'inverser cette tendance ? C. DE SINGLY<sup>56</sup> relève que les cadres sont « *largement investis dans les évolutions en cours, convaincant leurs équipes, les soutenant dans leurs actions, produisant la transversalité et la cohérence à des niveaux techniques élevés. Ces mêmes cadres voient se dessiner des territoires de santé avec une complémentarité entre les soins et la prise en charge médico-sociale et imaginent leur place dans ces liens à créer et/ou à renforcer* ».

Les cadres tiennent une place importante pour envisager le changement et jouent une fonction importante dans la dynamique de motivation des équipes pour leur permettre de participer à l'élaboration et aux suivis des projets.

---

<sup>52</sup> Rapport de SINGLY. Septembre 2009. Disponible sur internet. [Visité le 07/07/18]

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly>

<sup>53</sup> « *Les GHT un an après* ». Juin 2017. Disponible sur internet. [Visité le 07/07/18] <http://www.smpsante.fr/actualites/smps/sondage-ifop-groupements-hospitaliers-de-territoire-an-apres-perception-negative-directeurs-cadres-hospitaliers/>

<sup>54</sup> « *Le cadre de santé, moteur du GHT* ». Gestions hospitalières. N° 573. Février 2018.

<sup>55</sup> BENQUE B. Op. cit.p.2

<sup>56</sup> Actuellement Directrice de cabinet du ministre des Sports - dirige l'EHESP de 2008-2009 - chargée de mission sur la formation et la revalorisation des cadres par Roselyne BACHELOT en 2009

L'encadrement est fortement impacté par les modifications d'exercice exigées dans le cadre du territoire. Des éléments du contexte démontrent que les cadres sont proactifs dans le changement, qu'ils ont un « rôle facilitateur pour potentialiser l'engagement de chacun, construire une représentation partagée plutôt que d'imposer sa propre expertise, permettre la mise en débat du travail réel, encourager »<sup>57</sup>. Ils sont considérés par les médecins, la direction, les professionnels, comme des éléments « moteur », aux compétences polyvalentes. Ils assurent, non seulement l'encadrement des équipes, mais aussi le contrôle de l'exécution des soins. En étant sollicités sur le PMSP, ils donnent une cohérence aux actions. L'avis des cadres peut aussi être requis « dans le cadre des recompositions de services pour suivre le projet, recréer une cohésion d'équipes »<sup>58</sup>, ou pour travailler de nouvelles procédures. Ils sont déjà impliqués dans la fluidification des parcours des patients, avec les équipes de soins, mais également avec les médecins, les pharmaciens, les prestataires de l'amont et de l'aval qu'ils côtoient régulièrement. Leur participation dans les groupes de travail peut se révéler aussi d'un grand intérêt pour penser la gradation des PEC, identifier les points de fragilité d'un parcours et envisager les évaluations qualité pour préparer la démarche de certification. « Les modes de management des hôpitaux et la certification des équipes interdisciplinaires dans les établissements de santé montrent, s'il en est encore besoin, la nécessité de créer un collectif » et que l'enjeu de « l'interdisciplinarité n'est pas une valeur en soi mais une mesure de bon sens pour d'avantage d'efficacité »<sup>59</sup>.

Nous constatons que l'exercice professionnel des cadres se modifie aussi, depuis la mise en place des GHT mais aussi sous la pression de l'évolution des pratiques professionnelles, l'affirmation du processus Licence / Master / Doctorat (LMD) et le bouleversement des technologies dans un environnement de plus en plus contraint. Il semble alors nécessaire que l'encadrement étaye son positionnement dans cette nouvelle organisation hospitalière. Cette situation, inédite jusqu'alors, laisse des marges de manœuvre à l'innovation managériale des soignants (pratiques avancées, mise en place d'équipes ou de pôles inter-établissements, etc.). Il semble que « le développement des compétences est considéré comme une nécessité pour l'avenir de l'entreprise »<sup>60</sup>.

Cette évolution s'appuie et fonctionne à partir d'une circulation de l'information rapide et partagée de tous, afin de permettre un enrichissement permanent des documents de travail proposés.

---

<sup>57</sup> DURAND V. MINVIELLE E. OLLIVIER R. Op cit. p. 11

<sup>58</sup> GIQUEL C. CORTI F. WATSON C. et al. « Les GHT. Une coordination nécessaire ». Soins Cadres. N°99. Septembre 2016. p. 24

<sup>59</sup> MARTIN L., DIVAY S., CASSIAU F. et al. Mai Juin Juillet 2015. « Promouvoir le collectif cadres. Construire un collectif de pairs ». Soins cadres n°94. p.27

<sup>60</sup> SALMON K. 2012 « Du comité de direction au manager de proximité. Quel management pour demain ? ». Étude Humania Management. APEC. p. 13

### 1.2.3 Intelligence collective et Communication

Il est nécessaire pour les DS de développer une « *attitude fédératrice, c'est-à-dire une forme d'exemplarité notamment pour accompagner les organisations dans l'effacement de certaines frontières (approches pluridisciplinaires et transversales, exercices sur lieux multiples) [...] et favoriser la communication pour rendre l'organisation plus sécurisante pour l'encadrement* »<sup>61</sup>. Mais comment construire des échanges entre collègues et avec l'encadrement alors que les distances rendent cette communication plus difficile ?

Déjà en 1995, en étudiant la pertinence des projets, Michel CROZIER, sociologue, soulignait que « *l'écoute en profondeur des problèmes peut changer les termes du débat classique en faisant apparaître les relations réelles qui existent entre les différents partenaires impliqués dans un problème particulier. Mais l'écoute n'est ni participation, ni concertation* »<sup>62</sup>. Plusieurs niveaux de communication existent. Ainsi :

- « *L'information est le degré zéro de la participation*<sup>63</sup> ». Elle est contrainte par l'auteur qui ne transmet que ce qui lui semble important, essentiel ou prioritaire.
- La consultation qui «  *vise à recueillir l'avis des acteurs concernés par la mise en œuvre d'un projet ou par une action, mais ils ne sont pas associés à son élaboration* »<sup>64</sup>.

Le DS doit dorénavant plus et mieux communiquer. Si son message est compréhensible et accessible, l'encadrement pourra « *le relayer clairement* »<sup>65</sup>. Pourtant, aujourd'hui, les distances de travail sont de plus en plus importantes. Il est souvent nécessaire d'informer à tous les échelons et toutes les phases d'évolution du projet. Il faut par ailleurs donner du sens.

L'autonomie de l'encadrement assure aux DS le développement d'un système moins morcelé, plus « agile » fondé sur l'intelligence collective. « *Unifier dans une même logique et dynamique la réflexion et la mobilisation de tous les acteurs autour d'un travail sur la vision permettra de s'approprier les enjeux en se responsabilisant. [...] Les gens heureux dans l'hôpital de demain seront ceux qui seront porteurs des mêmes valeurs que l'organisation* »<sup>66</sup>.

---

<sup>61</sup> DURAND V, MINVIELLE E, OLLIVIER R. Op. Cit. p.11

<sup>62</sup> FOUURIAT M. BARREYRE JY. 2016. « *La co-construction : une alternative managériale* ». Presses de l'EHESP. p. 66

<sup>63</sup> FOUURIAT M., BARREYRE JY. Ibid. p. 35

<sup>64</sup> FOUURIAT M., BARREYRE JY. Ibid. p. 36

<sup>65</sup> SALMON K. Ibid. p. 17

<sup>66</sup> CHAPUIS C. BUORS C. LAY-COMBES L. Janvier 2017. « Et si l'intelligence collective contaminait l'hôpital ? ». Gestions hospitalières n° 562. p. 22

Plusieurs définitions existent sur cette notion. Nous retenons celle de F. DUPUICH-RABASSE<sup>67</sup>, qui en 1997 disait que « *l'intelligence collective est la mobilisation optimale des compétences individuelles à fin d'effets de synergies concourant à un objectif commun. Il y a intelligence collective lorsqu'on observe l'utilisation collective, au sein d'une entreprise, d'information éparses détenues par différents individus au travail et que cette démarche vise à susciter un consensus d'action collective par le biais de processus individuels et collectif* »<sup>68</sup>. L'intelligence collective faciliterait donc une démarche de co-construction, « *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 incompatible. [...] ils pourront alors poursuivre leur coopération afin de construire un projet d'action commun et réfléchir ensemble à sa mise en œuvre* ».<sup>69</sup> Par ailleurs, la pratique d'un « *top management, [...] c'est-à-dire aller dans les établissements ou service une fois par semaine, s'inviter dans les groupes de travail pour apprendre là où ça se passe*<sup>70</sup> » pour agir et tirer rapidement les enseignements des expériences du terrain peut-être un atout pour le DS, comme le partage de pratiques des cadres sur les différents établissements.

Ces constats ont mis en exergue le rôle essentiel du DS dans le suivi des équipes d'encadrement pour assurer l'harmonisation des pratiques sur le territoire. Nous allons étudier quelques concepts pour pouvoir le démontrer.

### **1.3 S'appuyer sur des concepts pour manager l'encadrement sur le territoire**

La question de départ et les hypothèses vont s'appuyer sur des concepts pour être vérifiées. Nous avons choisi d'en explorer trois :

- la notion d'accompagnement du changement pour donner un cap au PMSP sur le long terme,
- La notion d'appartenance pour comprendre le cheminement entre le processus individuel d'implication à la démarche collective d'adhésion territoriale du projet,
- la différence entre management et leadership pour analyser l'implication des DS auprès des équipes d'encadrement.

---

<sup>67</sup> Docteur en sciences de gestion, responsable du pôle recherche management et stratégie PARIS

<sup>68</sup> ZAÏBERT GRESELLE O. 2007. « *Vers l'intelligence collective des équipes de travail : une étude de cas* ». Management Prospective Ed. CAIRN Info. p. 10

<sup>69</sup> FOUURIAT M., BARREYRE JY. Ibid. p. 21

<sup>70</sup> DURAND V. Pr. MINVIELLE E. OLLIVIER R. Décembre 2017. « Un an après, les facteurs de réussite des GHT ». Gestions Hospitalières n°571. p. 640

### 1.3.1 Les Directeurs des Soins en soutien de l'encadrement pour reconnaître le changement engagé par le GHT.

L'environnement de travail vient de vivre une de ses plus grandes transformations depuis l'avènement du système hospitalier instauré par la Loi de 1970 et la planification hospitalière de 1991. Les DS n'en ont pas été seulement les témoins, ils en ont été les protagonistes, avec les PCME. Ils ont identifié de nouvelles stratégies de soins et ils ont engagé le développement des compétences et des moyens, destinés à mieux répondre aux besoins de la personne soignée avec leurs équipes.

Pour Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, il est nécessaire que « *toute organisation évolue. D'une part, elle doit pour survivre s'adapter aux demandes changeantes de l'environnement et d'autre part, elle doit tenir compte du fait que les hommes qui la composent, eux aussi, changent* »<sup>71</sup>. Vivre le changement à l'hôpital est donc inexorable. Au fil du temps, les soignants ont appris à vivre avec le changement pour faire évoluer les métiers du soin, envisager la mise en place de nouvelles pratiques et travailler avec de nouveaux partenaires. La réussite de ce processus peut passer par la capacité des acteurs à s'emparer des enjeux, pour s'engager dans l'accompagnement des objectifs à déployer.

Or le changement est aussi une démarche risquée qui peut faire peur. Elle implique de révoquer le passé pour réussir à se projeter dans le futur. Elle engage l'individu dans un cheminement personnel qui ébranle les certitudes. Ce mouvement fait émerger de nouveaux questionnements des acteurs impliqués, nécessaires pour qu'ils s'approprient les nouvelles organisations de travail. Pourtant, il faut noter que « *la participation active en est la clé. Sans elle, pas d'adaptation possible et la tendance est à un retour à la situation antérieure dès que l'effort pour promouvoir le changement se relâche. La réussite d'un changement se mesure à son appropriation par le personnel. Elle dépend autant, sinon plus, des perceptions que de la réalité des faits* »<sup>72</sup>. L'individu va avancer à son rythme à l'annonce d'un changement. Il dispose d'une certaine marge de liberté. M. CROZIER et E. FRIEDBERG parlent de « *zone d'incertitude*<sup>73</sup> », c'est-à-dire le pouvoir induit par le comportement pour contrôler l'activité. Celle-ci est déterminée par le savoir, la position dans l'équipe et les liens entretenus avec la hiérarchie. A l'hôpital, des transformations s'imposent alors même que les services continuent de fonctionner comme ils l'ont toujours fait.

---

<sup>71</sup> M. CROZIER et E. FRIEDBERG. 1977. « *L'acteur et le système* ». Éditions du Seuil. Page 389

<sup>72</sup> GAGNON. 2012. « *Réussir le changement. Mobiliser et soutenir le personnel* ». Presses de l'université du Québec. Page 14

<sup>73</sup> CROZIER M. et FRIEDBERG F. Ibid. p.9

Le changement impacte aussi l'équipe. Il faut la soutenir dans les contextes particuliers à engager (gestion des plans de retour à l'équilibre financier, suivi de l'absentéisme, restructuration des activités, etc.). Pour S. ATKINSON<sup>74</sup> « les individus, animés par le souci de se protéger contre l'échec, tendent [...] d'éviter tout risque [...] »<sup>75</sup>. CROZIER et FRIEDBERG rappellent de leur côté, que « *tous les grands changements se caractérisent par leur rapidité et par le fait que leur développement est fondé, en fin de compte, sur la découverte et l'acquisition dans l'action de capacités nouvelles : capacités à communiquer, à échanger, à raisonner, et de nouvelles formes d'actions collectives que l'existence de ces capacités rendait possible* »<sup>76</sup>. Donc plus un changement est important, plus il sera nécessaire aux DS d'impliquer l'encadrement, pour toucher la majorité des acteurs de soins. Or, plus nous engageons les acteurs, plus il sera nécessaire de prendre du temps pour atteindre les objectifs identifiés. Mais sommes-nous en capacité de prendre ce temps ?

Rapprocher les équipes d'hôpitaux et de structures différentes, pose aussi nécessairement la question de la différence des cultures qui s'insère dans la question du changement. La culture est propre à chaque site hospitalier, à chaque pôle et chaque unité de travail. Les services construisent leur histoire, leur façon de travailler et leur identité. Le regroupement d'établissements confronte les histoires et les pratiques qui entrent parfois en concurrence. Les agents sont attachés à leurs habitudes de travail. Les changer peut susciter d'importantes tensions et des résistances aux changements. Or les compétences professionnelles sont une combinaison de connaissances, de savoirs faire, d'expériences acquises au fil du temps et des rencontres. En échangeant avec le patient, en faisant le lien avec d'autres activités, en rencontrant d'autres professionnels, les cadres s'enrichissent et font progresser la qualité des soins des équipes. Loin d'être un frein, la coordination du travail en GHT peut être une richesse pour avancer dans le concept d'appartenance.

### **1.3.2 L'appartenance, un concept pour permettre aux cadres de s'approprier le projet**

Le métier de soignant allie vocation et besoin d'aider l'autre. Le rôle important du travail dans la vie des professionnels rend indispensable les liens et les interactions entre équipes même s'il arrive qu'il soit aussi, plus un moyen qu'une fin en soi. Dans les établissements de santé, l'équipe se façonne au fur et à mesure des expériences qu'elle vit. L'ambition des

---

<sup>74</sup> Sue ATKINSON, de nationalité anglaise, professeur en école primaire, consultante s'intéresse en tant qu'auteure à l'estime de soi

<sup>75</sup> SAINSAULIEU R. 2014 « *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation* ». Presses des Sciences Po. 4<sup>ème</sup> éditions. p.345

<sup>76</sup> CROZIER M. et FRIEDBERG F. Ibid. p. 393

DS du GHT est de faire naître un sentiment d'appartenance entre des équipes d'encadrement différentes.

Les individus qui forment une équipe sont différents. Il dispose de leurs propres caractéristiques et capacités à avancer. La qualité d'un projet dépend de la qualité du travail réalisé individuellement par chaque membre d'une équipe. Mais appartenir à un groupe n'est pas naturel d'emblée. Cette notion renvoie d'abord à celle de l'identité professionnelle. D'ailleurs, pour Vincent DE GUALEJAC, sociologue clinicien « *le sentiment d'appartenance à un collectif rassemble tous ceux qui ont suivi les mêmes études, obtenu les mêmes diplômes, exercent des métiers similaires ou occupent les mêmes fonctions* »<sup>77</sup>. Dès lors, la fonction occupée par les cadres supérieurs et les cadres peut être un levier de mobilisation, d'engagement et de cohésion pour les DS. Mais, avoir le même diplôme, réussir le même concours, est-ce suffisant pour s'approprier les valeurs du PMSP et s'engager dans les axes de travail identifiés ?

L'appartenance renvoie à la notion de l'acceptation de l'autre, l'identification à l'autre, et la possibilité de se reconnaître dans l'autre. Le sentiment d'appartenance est favorisé par l'attention que nous portons à l'autre. SAINSAULIEU définit l'identité au travail comme « *La façon dont les différents groupes s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes [...] fondée sur des représentations collectives distinctes* »<sup>78</sup>. L'appartenance peut être liée à la notion de participation quand elle mesure le degré d'implication des professionnels aux projets. La réussite du PMSP dépend peut-être aussi de la capacité des membres de l'encadrement à travailler ensemble pour construire un projet. Pour le DS, cela suppose de mobiliser les cadres, dans un esprit de solidarité et d'interdépendance d'un établissement à l'autre. C'est en effet l'intérêt que nous portons tous aux patients, malades, usagers, qui nous rapproche, mais c'est aussi l'enjeu des démarches qualité et de certification. Enfin l'appartenance peut dépendre de la stratégie managériale du DS et du PCME, des interactions entre le pilote et les DS des établissements et la reconnaissance de l'investissement de l'encadrement. V. DE GAULEJAC, précise que « *la perception d'une marque de considération, de respect et d'une reconnaissance au travail par l'encadrement et l'hôpital favorise le développement d'un sentiment d'appartenance du personnel (..) dans un groupe* ». Pour Frédéric FOUGERAT<sup>79</sup>, « *le sentiment d'appartenance ne peut donc ni relever d'une stratégie de communication, ni être la résultante d'une rémunération*

---

<sup>77</sup> DE GUALEJAC V. 2002. « *L'identité. Vocabulaire de psychosociologie, références et positions* ». ERES p. 347

<sup>78</sup> SAINSAULIEU R. Ibid. p.187

<sup>79</sup> Directeur de la communication chez ALTRAN leader mondial en solution d'ingénierie et innovation

*supposée motivante. C'est un acte managérial et RH majeur qui doit être porté au plus haut dans la hiérarchie de l'entreprise. [...] <sup>80</sup>».*

Se sentir appartenir à une équipe, à un groupe peut aider les équipes à accepter le changement.

### **1.3.3 Management et leadership**

Nous utilisons couramment les termes de management et leadership, parfois comme des synonymes. Or, « Management » vient certainement de l'italien « Maneggiare » qui veut dire « contrôler, avoir en main ». C'est un processus qui consiste « *au pilotage de l'action collective au sein d'une organisation* »<sup>81</sup>. Le management permet de coordonner les efforts des membres d'un groupe pour atteindre les objectifs. Si nous nous basons sur cette définition, nous comprenons l'importance de l'évaluation des ressources et des compétences par le DS. Il dégager les forces et faiblesses de son environnement pour mettre en lumière les opportunités à saisir et les menaces à éviter. Le management opérationnel correspondra, quant à lui, aux décisions prises par les CS et CSS à court et moyen terme pour optimiser les ressources.

Le management est une des compétences du DS pour mettre en place « *une cohésion de l'ensemble de l'encadrement institutionnel en suscitant une dynamique d'engagement des équipes dans leurs missions institutionnelles (soins, formation) en s'appuyant sur une démarche pluri-professionnelle au service de la prise en charge du patient* »<sup>82</sup>. Il organise les projets auprès d'une équipe qu'il coordonne. Il tient son autorité du DG qui le missionne pour atteindre les objectifs qui lui sont fixés.

Le « leadership est « *la capacité d'entraîner les autres avec soi dans un projet collectif par leur adhésion volontaire* »<sup>83</sup>. Le leader tient son autorité des membres du groupe qui vont reconnaître la personne comme un élément moteur. C'est quelqu'un qui motive, prend des initiatives et fait des propositions, mais qui parvient aussi à créer un cadre de confiance dans son environnement. Le lead est d'ailleurs une compétence du DS qui « *pilote l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et du réajustement du projet en mobilisant*

---

<sup>80</sup> FOUGERAT F. 2013. « Management : Comment développer le sentiment d'appartenance ? ». Disponible sur internet. [Visité le 29/07/19]

archives.lesechos.fr/archives/cercle/2013/02/12/cercle\_65392.htm

<sup>81</sup> CARLIER A. 2016. « *Management des projets collaboratifs. Construire, développer, mettre en œuvre* ». Afnor Éditions. p. 5

<sup>82</sup> Référentiel de compétences des Directeurs des soins. EHESP. Compétence 4

<sup>83</sup> DULUC A. 2013. « *Leadership et confiance : jouer collectif, parler vrai, être humain* ». 3<sup>ème</sup> édition. Paris. DUNOD. p. 94

*l'ensemble des acteurs* »<sup>84</sup> (cf. compétence 1 du référentiel). Il crée « des repères collectifs qui mobilisent l'ensemble des acteurs et donne du sens à leur activités dans les projets internes / externes au service des usagers », dans un contexte souvent mouvant, fait de contradictions et d'incertitudes. C'est donc une « qualité indispensable pour réussir un projet collaboratif »<sup>85</sup>

Une étude d'HUMANIA Management de 2012 révèle que : « *le statut du chef ne se suffit plus en lui-même. D'une part, le respect s'acquiert par l'efficacité et l'exemplarité. La crédibilité managériale repose avant tout sur la compétence. C'est donc le savoir-faire opérationnel qui confère au manager son autorité et sa légitimité. D'autre part, un manager ne peut plus se contenter de donner un ordre sans s'expliquer. Il doit justifier ses décisions, apporter des éléments de contexte. Le respect ne s'obtient pas grâce au titre ou à une fonction mais grâce à la compétence et à l'efficacité qui en découle* »<sup>86</sup>. Le DS pilote de projet doit donc être à la fois manager et leader. Les deux notions sont indissociables et vont lui permettre d'avoir une vision politique et stratégique, pour amorcer le changement, donner une cohérence aux actions mises en place. Cela va aussi faciliter :

- La communication avec l'équipe pour faciliter l'appropriation de la culture d'entreprise.
- L'information sur les décisions prises pour obtenir l'implication des valeurs communes.
- La coordination des outils de la collaboration entre les équipes soignantes et médicales comme la démarche de certification, la gestion par objectifs, la gestion qualité, des risques, etc. pour uniformiser les organisations de travail.

L'accompagnement du changement et le sentiment d'appartenance sont donc avant tout des actes managériaux. Favoriser la cohésion de l'encadrement autour des DS du GHT peut inscrire les coopérations de manière durable et favoriser la reconnaissance du PMSP comme un outil stratégique indispensable.

Nous avons abordé plusieurs points comme l'histoire du projet de soins au travers des lois, les rapports entretenus par le DS avec le PCME et les éléments qui vont permettre l'appropriation du changement par l'encadrement. Nous avons maintenant un aperçu plus clair du cadre conceptuel qui a enrichi nos connaissances du sujet traité, sur lequel nous pouvons dorénavant nous appuyer pour procéder à l'enquête à proprement parler.

C'est ce que la partie suivante vous propose de démontrer.

---

<sup>84</sup> Référentiel de compétences des Directeurs des soins. EHESP. Compétence 1

<sup>85</sup> CARLIER A. Ibid. p. 18

<sup>86</sup> SALMON K. Op. Cit. p. 26

## 2 Cibler l'analyse pour confronter les hypothèses par l'enquête sur le terrain

Après l'étude du cadre conceptuel, il faut se remémorer la question principale du travail : « **En quoi l'appropriation du PMSP par l'encadrement permet-il aux DS du GHT de déployer une stratégie de soin commune sur l'ensemble du territoire ?** ».

Trois hypothèses peuvent nous apporter des éléments de réponses. Notre investigation du terrain peut maintenant être menée. Cette deuxième partie vous propose de la présenter et de confronter les résultats aux données recueillies.

### 2.1 Structurer l'enquête sur le terrain

#### 2.1.1 Choix du périmètre de l'étude

##### 2.1.1.1 L'enquête exploratoire

L'enquête exploratoire débute dès le stage 1 de la formation « *Appréhender la fonction de directeur des soins* » **du 19 février au 16 mars 2018**. Nous devions mener :

- Pour la DGOS, une observation sur la mise en œuvre concrète des GHT afin d'analyser les facteurs clés de réussite de cette nouvelle organisation.
- Pour la sociologie, un travail pour comprendre l'évolution de l'environnement des DS et l'impact sur leurs compétences professionnelles.

Nous avons utilisé le principe de l'enquête flottante, c'est-à-dire qu'il s'agissait de prendre des notes sur tous les éléments vus, entendus, rencontrés. Ces travaux ont eu l'intérêt de délimiter le périmètre de notre sujet d'étude. Nous nous sommes entretenus avec 6 personnes, exerçant dans deux GHT différents : 2 directeurs d'établissement (1 directeur d'établissement support et 1 directeur d'établissement partie), 2 DS, 1 PCME et 1 CSS.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits, ce qui nous a permis de croiser les regards.

##### 2.1.1.2 Objectifs de la méthode de recherche

Nous avons opté pour une démarche hypothético-déductive. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur :

- **Une démarche qualitative**, grâce à la réalisation d'entretiens semi-directifs pour faciliter notre compréhension du degré d'appropriation du PMSP par les acteurs. Cette

technique de recueil présente l'avantage de centrer le débat mais de laisser la parole libre. Il est nécessaire, qu'un guide d'entretien soit élaboré<sup>87</sup> au préalable grâce à l'ébauche du cadre conceptuel proposé en première partie. Cet outil nous offre l'assurance que tous les axes de l'étude seront vérifiés. Il propose des questions de relance si le sujet s'essouffle. Par ailleurs, pour que notre interlocuteur puisse se rendre disponible, le rendez-vous a été planifié à l'avance, sur une plage de temps fixée par lui. Nous sommes allés à sa rencontre, même si cela nécessitait un déplacement (un seul entretien a eu lieu par téléphone car réalisé sur un temps scolaire).

- **Une démarche quantitative** d'analyse des projets (3 X) et des observations des CSIRMT de territoire (2 X). L'observation est un « *processus orienté par un objectif terminal ou organisateur du processus d'observation lui-même. Même l'observation dite libre comporte un objectif (se familiariser avec une situation observer un phénomène sous un maximum d'aspects possibles, etc.). Plus cet objectif est clair et explicite, plus cet acte de sélection s'en trouvera facilité, plus circonscrit deviendra l'objet sur lequel l'attention est dirigée* »<sup>88</sup>. Le choix de l'observation fait suite au travail engagé en phase préparatoire, pour conforter ou infirmer les résultats.

Ces deux méthodes associées, au regard des hypothèses posées répondent aux objectifs suivants :

- Identifier le positionnement du DS par rapport au PCME dans la mise en place des axes du PMSP,
- Observer les interconnexions entre les axes du PSP et du PMP tels que l'ont envisagé le Dr MARTINEAU et Mme HUBERT,
- Circonscrire les rapports de travail du DS avec l'encadrement,
- Repérer ce qui, dans la stratégie managériale ou le lead du DS, favorise le changement et l'appartenance par l'encadrement au PMSP.

#### 2.1.1.3 Méthodologie sur le choix des personnes interviewées et représentation des GHT

Nous avons fait le choix de nous entretenir avec 4 professionnels de chaque catégorie, exerçant des fonctions de manager. Cela devait justifier, il nous semble, l'implication sur le PMSP après un an de mise en place, soit au total 16 entretiens. Nos demandes de rendez-vous n'ont pas toutes abouties. Nous avons donc pris le risque de n'exclure aucune

---

<sup>87</sup> Cf. Guide d'entretien annexe 2 en page V

<sup>88</sup> DE KETEKE JM. 2015. « *Méthodologie du recueil d'informations* ». Méthode en Sciences Humaines. 5<sup>ème</sup> Ed. De Boeck supérieur. p. 15

des personnes qui a bien voulu nous recevoir. Au final, nous ne l'avons pas regretté car, si nous avons eu quelques silences, tous se sont révélés utiles à notre analyse.

Les contacts ont été pris durant le stage n° 2 **du 22 mai au 15 juin**. Le nombre de GHT rencontrés (5 X) a été permis, grâce notamment à une rencontre de travail inter-GHT, la sollicitation des élèves DS de la promotion ou nos connaissances personnelles. Il convient de signaler que les entretiens ont duré entre une heure et une heure trente, qu'ils ont fait l'objet d'une retranscription dans leur intégralité (sauf les temps de silence et les hésitations et le dernier entretien en date du 3 août 2018 qui n'a pas été retranscrit). Les données utilisées en grande partie dans ce document se retrouvent dans trois grilles d'analyse en annexe<sup>89</sup>. Des *verbatim*, préservant l'anonymat et les lieux de travail des professionnels, illustreront notre argumentation lors de l'interprétation des données en phase d'analyse.

### **2.1.2 Les limites de l'enquête**

Tout d'abord, les délais de réalisation du mémoire étant courts, notre recherche documentaire a dû seulement cibler les points de questionnement abordés dans le sujet. Certains items, comme l'évaluation de la satisfaction au travail des cadres ou la question de l'identité professionnelle des CS ou CSS, dans le cadre de la réingénierie des cursus de formation, ont volontairement été mis de côté. Il nous semble d'ailleurs que ces questions pouvaient faire l'objet d'un sujet d'étude à elles seules. Il faut noter que des échanges ont pu porter sur ces thèmes avec certains de nos interlocuteurs. Ils ne seront repris que s'ils apportent un éclairage particulier au sujet.

Nous n'avons pas pu bénéficier de la guidance d'un directeur de mémoire. Nous avons bien sollicité des professionnels mais les demandes n'ont pas abouti. Pour autant, les temps de groupe, planifiés sur l'année, ont donné une colonne vertébrale à ce mémoire.

Le dernier biais peut venir de la grille d'entretien. Compte-tenu de la diversité des professionnels rencontrés, il a fallu adapter nos questions au regard du public pour éviter d'en réaliser 4. Par ailleurs, nous avons dû rester très concentrée sur le sujet de l'étude car le débat était riche et il aurait pu nous faire dévier de notre question de départ.

---

<sup>89</sup> Cf. Grille d'analyse des entretiens de l'encadrement annexes 3 – des Directeurs des soins annexe 4 et des Présidents de CME annexe 5

### **2.1.3 Les points forts de ce travail de recherche**

Tous les professionnels ont pris le temps de s'entretenir avec nous. Ils se sont montrés très intéressés par le sujet. Nous avons évoqué ensemble leurs attentes quant au travail à mettre en place avec le DS, leurs difficultés du quotidien. Nous avons constaté que des PMSP avaient pu voir le jour, grâce à un travail de mutualisation et de confiance.

L'échange et les observations directes des DS notamment lors des CSIRMT de territoire ont été riches d'enseignement. Ils sont aussi évocateurs des questionnements qui existent sur les pratiques dans les établissements, sur les possibilités de revoir le projet car sa version 1, réalisée précipitamment, ne correspond pas ou plus réellement à ce qui doit / peut être fait. Toutes les personnes ont eu à cœur d'évoquer avec nous, sans langue de bois ni rancœur, leurs envies, projets, solutions à mettre en place sur ce sujet.

D'un point de vue théorique, ce travail nous a permis de mieux comprendre la place des DS dans le management stratégique ou politique et d'étudier l'appréciation et la considération du rôle des différents acteurs pour pouvoir mener à bien un projet territorial.

## **2.2 L'analyse des résultats de l'enquête**

Notre démarche d'analyse était assez complexe dans la mesure où nous avons interviewé des professionnels de catégories professionnelles différentes sur des GHT différents. Tous n'ont pas eu la même vision du PMSP et du travail mené par le DS. Elle se fera grâce aux différents points abordés dans la première partie de ce mémoire. Nous vous proposons d'abord de faire le point sur le recueil des données quantitatives avant d'aborder l'évaluation du contenu des entretiens.

### **2.2.1 Quelques données chiffrées**

Sur cette 2<sup>ème</sup> phase, 16 professionnels ont été interviewés :

- 4 PCME (dont 3 Présidents de Collège médical et 1 Adjoint au PCME du territoire),
- 4 DS CGS (dont 1 d'un CHU),
- 4 CSS (dont 3 CSS de pôle)
- 4 CS.

Ils exercent dans 5 des 135 GHT de France.

Selon les informations transmises par les professionnels lors des entretiens, sur les 5 PMSP, 4 seraient plutôt des PMP + PSP. Nous avons eu la lecture de 3 documents : nous constatons que 2 projets sont des PMP + PSP et que le troisième, les axes médicaux et paramédicaux sont interdépendants :

- Un GHT a travaillé sur des thèmes propres aux paramédicaux, (ex : pour la douleur avec des objectifs d'actions de mise en place d'INTER-CLUD),
- Un autre a choisi de décliner une stratégie soignante au regard des cartographies proposant d'identifier chaque parcours patient de manière graduée pour éviter les ruptures,
- Un autre encore a identifié les points de jonction du PMP et mis en place des actions en conséquence à mener avec les équipes.

Les GHT sont de format différent de 3 à 11 établissements :

- 1 de 3 établissements,
- 1 de 4,
- 1 de 7,
- 1 de 9,
- 1 de 11.

2 d'entre eux ont mis en place des fusions ou des directions communes. 4 des 5 GHT se trouvent en zone dite de « désert médical ».

7 personnes exercent en établissement support (2 PCME, 2 DS, 2 CSS et 1CS) contre 9 en établissement partie. 2 professionnels ont des missions transversales sur des structures médico-sociales. Les 4 PCME viennent de GHT différents. Ils disposent tous d'un temps de travail dédié pour répondre à leur mission qui peut aller de 30 % (1 personne) à 50 % (3 PCME). A noter qu'un seul des PCME a réalisé un MASTER en Management des établissements hospitaliers à Paris 5 sur deux ans. Les 4 DS sont CGS. 2 sont CG du territoire et 1 travaille en CHU.

Pour évaluer leur connaissance du contexte du GHT, nous avons demandé aux personnes depuis combien d'années elles exerçaient dans l'établissement. Proportionnellement, il apparaît que les DS travaillent depuis moins longtemps comparativement aux autres catégories professionnelles (sauf ici situation particulière : agent qui a fait toute sa carrière dans l'établissement, comme IDE jusqu'au grade occupé de DS soit 30 ans de fonction) :

	<b>PCME</b>	<b>CS</b>	<b>CSS</b>	<b>DS</b>
	15 ans	5 ans	2 ans	6 mois
	20 ans	9 ans	15 ans	6 ans
	20 ans	10 ans	17 ans	8 ans
	38 ans	12 ans	32 ans	30 ans
<b>Moyenne d'âge</b>	<b>23,2 ans</b>	<b>9 ans</b>	<b>16,5 ans</b>	<b>11,1 ans</b>

Les CS et les PCME n'ont pas eu de mobilité de carrière. 1 des CSS a obtenu une mutation récente. 3 DS ont changé de région après l'obtention de leur diplôme ou pour se rapprocher ensuite de leur domicile.

Particularité dont il faut aussi tenir compte : 18 établissements sur 34 n'ont pas de DS. Le poste est occupé par une Faisant fonction qui remplit la tâche. 2 ont un poste de DS vacant.

## 2.2.2 Un mouvement territorial engagé par le projet médico-soignant partagé

Les professionnels de santé, qu'ils soient médecins ou paramédicaux, identifient le PMSP comme une opportunité de changement, une ouverture des soins sur le territoire. Pour autant, des éléments de fragilité sont perçus. Ils apparaissent comme des menaces dont il faut tenir compte pour mieux guider l'atteinte des objectifs fixés<sup>90</sup>.

### 2.2.2.1 Le PMSP, un outil d'amélioration de la qualité au service du parcours patient

L'encadrement partage la conviction que le PMSP peut amener un décloisonnement dans les soins, favoriser la mutualisation des équipes et mieux remplir les missions de service public. Un CSS de pôle nous confiait d'ailleurs : « **C'est une culture inter-établissement à instaurer pour décloisonner les services et apprendre aux agents à ne pas être centrer sur une unité** ». Pour y parvenir, les DS et les PCME ont surtout proposé l'étude des filières des soins grâce à des thématiques porteuses. Les soignants s'identifient ainsi facilement aux axes du projet. « **C'est le patient qui nous rassemble** » et les cadres s'approprient facilement les axes de travail. Ils semblent avoir compris la portée de la Loi et du changement attendu : « **Ce n'est pas quelque chose de totalement différent de ce qu'on faisait avant. Moi je m'y retrouve** ».

D'emblée, dans la vision du travail mis en place, ce qui s'impose aux soignants, c'est le développement d'une démarche qualité et de gestion des risques de territoire commune, propice aux échanges, à un travail commun et partagé entre paramédicaux et médicaux. Un cadre nous dit : « **Je pense que la qualité va obliger les médecins à travailler avec les paramédicaux. Il va falloir faire converger les pratiques et ils n'y parviendront pas sans les DS** ». Donc, le DS semble avoir une place prépondérante, dans une démarche transversale et territoriale, d'organisation, de planification et de suivi de la démarche Qualité. Un des PCME confirme : « **On va pouvoir mettre en place une coordination avec un retour territorial de nos systèmes traceurs [...] faire des déclarations d'évènements indésirables sur le territoire et évaluer ce qui n'a pas marché** ». Cette synergie est surtout sous-tendue par la procédure de certification. Un des médecins, expert visiteur pour la HAS, signale d'ailleurs que sur son GHT : « **On a décidé d'avoir une certification commune pour l'ensemble du territoire en 2020, ça va re-booster les troupes, j'en suis convaincu** ». La démarche commune, qui propose un seul compte qualité et une seule visite nécessite l'uniformisation des actions qualité. « **On aura donc besoin des DS pour avoir la même philosophie de soin et redescendre les logiques Qualité déclinées en filière auprès des cadres et des cadres sup** ». Nous l'avons vu, page 10, ces objectifs sont impulsés par la LMSS pour permettre aux équipes de

---

<sup>90</sup> cf. grille d'analyse des entretiens CS et CSS en annexe 3 page VII

territorialiser les enjeux de la qualité, d'uniformiser leurs pratiques et d'améliorer la gestion des risques.

Mais ces éléments ne sont pas retrouvés dans les PMSP observés, ni dans le cadre des CSIRMT auxquelles nous avons participées. Seule la gestion des risques apparaît dans un des documents sous l'intitulé « *Évaluer, réajuster, recenser, assurer le suivi et transmettre les événements indésirables ou situations à risques spécifiques au parcours patients du GHT* » et il semble qu'à ce stade, la question de la certification et de la démarche qualité ne soit traitée qu'en Costrat pour les 2 établissements dans lesquels nous avons pu participer aux réunions.

#### 2.2.2.2 Le principe des coopérations acté par les paramédicaux mais pas par les médecins

Un des enjeux du PMSP est aussi, rappelons-le, de favoriser le développement de coopération entre les différents établissements que forment le GHT pour mieux coordonner les parcours patients. Or cet élément va être très peu abordé lors des entretiens à la question « Est-ce que le PMSP vous a ouvert de nouvelles perspectives et vous permet de relever de nouveaux défis ?

Une DS signale que grâce aux « **projets communs du GHT, on mutualise, et on se réorganise, pour construire des coopérations** », alors qu'un des PCME a un regard sévère sur cette possibilité de mise en place, à cause des freins mis sur le plan médical : « **Aujourd'hui les coopérations sont sporadiques, basées sur la bonne volonté médicale. Toutes les coopérations sont avant tout médicales. Pour être honnête, la révolution intellectuelle n'a pas encore été faite chez les médecins. Ils se tournent vers le GHT seulement quand ils en ont besoin. Il faut que nous (PCME et DS) leur rappelions notre mission de service public car c'est une valeur haut placée dans le hit-parade des valeurs soignantes. Il faut beaucoup d'abnégation au PCME et au DS pour y arriver, mais je reste convaincu que les plus durs à convaincre sont les médecins. Mais c'est indispensable car ils entraînent le mouvement du changement. Il faut qu'il y ait une volonté médicale de coopérer** ».

Un CSS aborde la question des protocoles de coopération en ces termes : « **Avec la baisse de la démographie médicale, c'est aussi pouvoir mettre en place des protocoles de coopération pour offrir des soins sur tout le territoire** » mais aucun professionnel n'a consenti à parler des pratiques avancées, qui peut-être une réponse à la pénurie médicale dans 4 des GHT enquêtés, qui se trouvent, nous le rappelons, dans des « déserts médicaux : « **Moi en tant que PCME d'hôpital support je me retrouve sollicité**

***par les autres établissements qui demande qu'on les aide, alors que nous même, on est déjà en difficulté »*** ou encore « ***Ils (les médecins) se tournent vers le GHT seulement quand ils en ont besoin »*** .

Dans ce travail, nous ne pouvons pas identifier s'il s'agit d'une méconnaissance ou d'une crainte d'aborder la question puisque l'objectif est bien identifié dans 2 PMSP « Développer et valoriser les pratiques avancées et la coopération entre professionnels de santé » ou encore « Éducation thérapeutique et pratiques avancées dans le parcours du patient en endocrinologie et en néphrologie ».

Un des DS précise : « ***On voit bien la difficulté de proposer ou de mettre en place les pratiques avancées alors que les médecins se plaignent qu'ils ne sont pas assez »*** ou un autre qui dit « ***on a un axe sur la recherche et les pratiques avancées, mais c'est compliqué, ça reste compliqué...*** ». Elles n'ont pas encore été abordées dans les 2 CSIRMT de territoire à laquelle nous avons pu participer « ***C'est trop tôt. Nous avons d'autres priorités*** ». Voilà en substance les réponses obtenues quand nous avons demandé des explications supplémentaires. Lors de l'enquête exploratoire, un directeur d'établissement support nous mettait d'ailleurs en garde sur ce nouveau format de travail : « ***les pratiques avancées ne sont pas abordés dans notre projet ... on n'est pas à ce niveau de détails... on a pas avancé suffisamment... c'est comme sur la télémédecine... il faut faire attention à ce que le développement des pratiques avancées ou de la télémédecine ne soit pas une réponse à une insuffisance de ressources médicales [...] il ne faut pas que ça vient de se substituer ... il faut que ça vienne en plus*** » alors qu'un autre soulignait : « ***Les premiers opposants sont les médecins pour les pratiques avancées mais ça va dans le sens de l'histoire. Cela pourrait proposer une progression statutaire aux IDE et j'y suis favorable surtout dans les zones où il manque de médecins. Sur la côte d'azur, le besoin ne se fera pas sentir. Par contre sur notre territoire, je pense que c'est encore trop peu mis en avant*** ».

Les entretiens menés auprès de l'encadrement confirment que les craintes de départ des soignants étaient liées à la mobilité : « ***ils se sont dits que demain ils allaient devoir travailler dans un autre établissement*** ». Mais elles se sont maintenant envolées. Ils pensent que les soignants se sont appropriés la démarche qui « ***parle de leur quotidien*** ». Ils démontrent aussi qu'un travail en partenariat s'est spontanément mis en place chez les paramédicaux : « ***Ils ont fait appel aux compétences des uns et des autres et à la réalité de travail des uns et des autres*** ». Le PMSP a aussi permis de « ***partager des***

**expériences avec les médecins, la hiérarchie et les professionnels »** pour avoir « **une vision à moyen et long terme et replacer le patient au centre de nos priorités** ».

Tandis que les professionnels utilisent mieux les compétences à leur disposition en faisant « **appel aux personnes ressources dans le GHT** » pour réduire les durées d'hospitalisation, un médecin rappelle de son côté, que « **l'hôpital n'est plus organisé autour des soignants mais des patients, et cela nécessite d'être plus mobile sur l'établissement et sur un territoire** ». Il faudra aller plus loin que ce qui est proposé actuellement : « **cela doit passer par des projets comme la mise en place d'équipes territoriales mixtes en montrant que cela est possible** ».

Pour y parvenir, DS et PCME devront pouvoir mieux coordonner leurs actions et le suivi des objectifs du PMSP.

### **2.2.3 Un management bicéphale à réunir**

La plupart du temps, nous l'avons constaté, conformément aux résultats des enquêtes nationales, nous avons eu affaire ici à deux projets élaborés distinctement qui ont eu pour ambition ensuite d'amorcer une stratégie commune. La Loi HPST puis la LMSS recommandent pourtant un renforcement de la coopération entre le PCME et le DS, pour viser un but commun, la collaboration de l'encadrement et l'ensemble des équipes soignantes.

#### **2.2.3.1 Deux managers en difficulté pour travailler ensemble**

Les PCME et les médecins du territoire, qui ne se connaissaient pas, ont eu besoin d'un temps de travail commun : « **En fait, dans un premier temps on a élaboré le PMP, il faut avouer qu'on ne s'est pas trop soucié du PSP** ». La limite de temps imposée aux DS et PCME a certainement empêché un travail plus collaboratif : « **Compte-tenu des délais contraints, les équipes médicales et paramédicales ont dû commencer chacune de leur côté** » nous rappelle un médecin. Les liens semblent pour autant avoir été faits : « **Le PSP s'est mis en place secondairement en s'inspirant fortement du PMP, qui leur a servi de trame** ».

Les DS ont une vision parfois différente de cette situation de départ « **ils (les membres du GHT) ont appelé ça PMSP, mais en fait, le projet n'a pas du tout été construit avec les soignants** ». Il semblerait même que parfois, en ayant la volonté de se positionner (trop ?) rapidement, les DS ont involontairement produit l'effet inverse de celui attendu ou espéré, et ont provoqué des freins chez les responsables médicaux : « **J'avais pris la main** ».

**en proposant que l'on puisse déjà se rencontrer et de travailler ensemble. On a fait déjà 4 réunions. Et puis un jour, on a une espèce de remontée des médecins nous disant "mais qu'est-ce que c'est que ces soignants qui viennent se mêler de ce qui ne les regarde pas" et voilà, il y a eu une mise au point à ce moment-là. A partir de là, on a travaillé séparément, nous en nous rattachant au projet médical, mais c'est dommage, car au moment du choix des filières, les DS n'ont pas été intégrées au groupe de travail ».**

Au fil du temps, la construction de deux projets, le fait de ne pas travailler ensemble a pu poser problème comme le confirme un médecin : **« J'ai été un peu vindicatif quand j'ai découvert l'avancement de la partie soin du projet. On n'a pas eu de concertation »** et un autre qui se désespère : **« On n'a pas pu travailler ensemble pour voir les points qui s'articulent et j'ai découvert qu'il y a des thématiques que l'on n'aborde absolument pas. Du coup, cela devient un peu gênant parce que le but, c'est bien de travailler ensemble, que l'on soit aussi d'accord sur les thématiques prioritaires »**. Ce n'est pas non plus sans poser de problèmes pour les équipes d'encadrement qui : **« expriment des difficultés car ne comprennent plus à quoi elles servent car les choses se mettent en place sans être coordonnée par le DS »**. Une scissure peut apparaître dans les relations professionnelles. Elles sont difficilement vécues par les DS qui disent avoir de plus en plus de **« difficultés de pouvoir travailler ensemble, les éléments sont imposés par le DG de l'hôpital support et le PCME du collège médical. Et quand on te croise et on te dit "tiens au fait tu peux travailler là-dessus" »**. Un CSS de pôle disait du DS : **« Ce n'est pas une "petite main" qui doit servir à réaliser les choses que certains ne veulent pas faire »**. Un coordonnateur des soins de territoire aborde même le risque lié à cette nouvelle fonction : **« Le président de la CSIRMT du GHT est en lien avec tous les professionnels et toutes les directions. C'est difficile. Le temps manque car il y aurait pleins de choses à faire. [...] On a parfois des retours de bâton si on ne tient pas les délais »**.

D'un autre côté, les PCME ont un regard en miroir inversé du travail mené avec les DS et les cadres sur les axes du PMSP et l'un d'eux dit : **« Je vois de plus en plus une séparation des corps soignants et médicaux. Ça ne va pas dans le bon sens. Beaucoup de mes collègues pensent comme moi... »**. Un autre pense que l'apparition de nouvelles fonctions sur le territoire va « transformer » la fonction : **« Je crains que la DS devienne la DG des soignants alors je lui ai dit : "tu es là pour piloter le projet - ta force c'est de pouvoir faire adhérer les autres DS pour rendre le projet viable et le faire vivre sur notre territoire" »**.

Le management nécessite d'être plus collaboratif autour des axes du projet. Un médecin raconte qu'« **avant, quand seul le binôme DS/PCME existait, et bien le PCME n'existait pas. La DS décidait de tout : les travaux, les orientations de l'établissement, les affectations de poste. Elle prenait les décisions sans en échanger avec le PCME. Et on sentait les encadrants derrière qui cherchaient surtout à ne pas froisser la DS. Ils allaient toujours dans son sens. Les décisions descendaient et il fallait les appliquer. Les GHT ont modifié cela et ont remis les médecins à la tête des GHT. Ils ont maintenant leur mot à dire dans les orientations des actions à mettre en place. Du coup, la DS n'avait plus forcément la main sur tout** ». Tandis qu'un autre signale : « **Ici notre DS travaille à l'ancienne, elle propose seule de son côté des solutions et on se retrouve confronté à une opposition de l'équipe. Je suis content que la hiérarchie ne soit plus aussi verticale. Les cadres et cadres sup ont un peu plus d'autonomie** ».

En outre, une volonté de part et d'autre d'améliorer les interactions existantes émergent et sont énoncées.

#### 2.2.3.2 Une démarche basée sur la communication et les échanges pour répondre aux objectifs

Un des CS faisait la remarque suivante, l'abordant de façon générale mais aussi dans le cadre du GHT : « **Les médecins sont pris sur tous les fronts, ils doivent assurer la PEC médicale de leurs patients, faire des actes, tout en réorganisant le modèle hospitalier. La plupart du temps, ils sont submergés. Ils ont besoin de l'aide méthodologique des cadres** ». De la même façon, une DS explique qu'« **avec certains (PCME), c'est que du bonheur. On travaille sur des projets construits. Ils nous demandent notre avis. Puis, ils changent, on travaille avec quelqu'un d'autre et tout est remis en cause** »

Un responsable du collège médical d'un GHT s'exprime sur sa fonction et le travail mené en coopération avec le DS en ces termes : « **Le rôle de PCME et de Président de collège médical ne représente que des devoirs pour moi. La nécessité d'écouter l'autre, de savoir ce dont il a besoin et d'être capable de suggérer sans imposer tout en ayant la capacité d'orienter et de donner un cap, c'est la subtilité en effet entre diriger et concerter. La participation démocratique ça va, mais quand c'est faire du verbiage et qu'on avance plus là il faut savoir prendre des décisions, et aussi tenir le cap [...] c'est pour cela que j'ai besoin du DS, de travailler en lien et en partenariat avec lui. Déjà parce que, entre la fonction de DS et celle d'un PCME, la formation n'est pas du tout la même. Il est évident que vous, vous avez une formation qui vous permet, en termes de méthodologie, de piloter les parcours de soins. Le PCME, lui, il n'a pas eu de**

**formation sauf s'il a vraiment anticipé d'être nommé sur la fonction [...] Mais ce qui doit être génial, c'est de pouvoir s'appuyer sur une DS, pour la méthodologie, la façon de faire. Par contre moi, en tant PCME, je dois servir d'interface avec les médecins du GHT. C'est mon rôle et c'est ce qu'on aurait voulu faire début et on n'a pas réussi, c'est surtout une question de méthode** ». En quelques mots, ce médecin exprime ici l'importance du travail en partenariat. Un autre par ailleurs identifie que : **« En tant que PCME, je peux être convaincu des défis à mener mais je ne peux pas les mener seul. Il est nécessaire que je sois soutenu par le DG mais aussi par le DS pour créer une alliance et une confiance partagées avec les équipes soignantes. La mise en place du projet demande du temps. On forme un binôme avec le DS, je ne lui fais jamais d'injonction autoritaire. C'est un partenariat. Je ne me substitue pas à lui. Chacun est dans son rôle »**.

Le médecin garde en tête un format classique d'un travail qui lui semble important et qui pourrait être mis en place : **« Le rôle du DS, c'est de travailler en lien avec le PCME pour suivre et anticiper les projets. Pour moi, il faudrait arriver à construire un binôme comme entre l'infirmière et le médecin au lit du malade. Ça doit être un vrai travail d'équipe »**. D'autres s'inscrivent dans une relation formelle, basée notamment sur la communication : **« On doit pouvoir s'écharper sur des sujets en interne mais il faut que quand la communication sort, elle doit être la même, qu'il y ait consensus et ne pas être dans l'opposition systématique »** et le partage d'informations : **« Le DS m'associe systématique à l'ensemble de ses réunions de travail ou réunions institutionnelles comme la CSIRMT. On fait des points d'info toutes les semaines où je recueille aussi l'expression de la base »**

*Pour l'encadrement, le DS du territoire a un rôle très particulier, car « il représente l'ensemble des soignants et il fait remonter les difficultés ». Il « représente les paramédicaux au sens large. Elle seule ne valorise aucun pôle, aucune activité. Le PCME qui vient d'un secteur, a tendance à valoriser son activité. Il n'est pas neutre »*. Il a donc une place à part dans la coordination du projet car **« Ce n'est pas le DG, le DRH ou le PCME qui porte les valeurs du soin. Le DS est un élément indispensable pour avoir une vision globale du soin »**.

#### **2.2.4 Le Directeur des soins : un élément moteur dans le cadre du suivi du projet médico-soignant partagé**

En travaillant avec les DS, les PCME ont compris qu'ils pouvaient avoir un rôle dans la consolidation du suivi des axes du PMSP mais cela va au-delà, car un travail mené de

façon plus harmonieuse semble aussi pouvoir améliorer la qualité de vie des agents : **« Il y a toujours ce comportement fantastiquement égoïste des médecins qui gèrent des trucs à leur sauce et très souvent cela retombe sur les cadres. Les DS doivent réussir à piloter et avancer avec tout ça »** Le DS est identifié comme un élément moteur qui doit porter et valoriser les axes paramédicaux du projet. Nous allons donc maintenant nous concentrer sur le positionnement du DS dans la mission confiée sur l'animation, le suivi et la guidance stratégique du PMSP.

#### 2.2.4.1 Une volonté de valoriser le travail mené

**« On n'a aucune reconnaissance à tout organiser et mettre en place. C'est ce que je regrette car cela avait été prévu par notre ministère. C'est énormément d'investissement pour rien, même pas un merci »**. Voilà en préambule ce qu'un des DS, coordonnateurs de territoire, nous avoue quand nous lui demandons ce qui a changé dans son travail depuis la mise du GHT. Un autre semble penser que **« l'ARS n'a même pas pris la peine de lire notre projet »** et donc qu'une moins grande importance pourrait être accordée aux axes « soins » du projet qu'aux axes « médicaux ».

Un des CSS de pôle s'insurge en soulignant que la représentation des DS dans les groupes de travail et dans les instances, est parfois mise à mal : **« Il ne viendrait pas à l'idée au DG de ne pas avoir de PCME mais pas avoir de DS, ce n'est pas grave. Mais pour nous, les paramédicaux, si c'est grave »**. D'ailleurs cette remarque est corroborée par celle d'un des PCME : **« Le pilotage (des groupes de travail du PMSP) ne se fait pas forcément avec une DS. Il peut être scientifique, c'est-à-dire avec un professionnel en dehors de la spécialité qui aura une vision plus transversale ou même par une personne de l'ARS pour avoir une information sur les recommandations ou les normes à mettre en place »**. De là à dire que la profession souffre d'une légitimité de son management. Voilà ce que dit une DS de sa mission sur le terrain **« La DS a une position trop opérationnelle alors que depuis le GHT, elle devrait avoir une position plus stratégique »**.

Un directeur d'établissement, interrogé lors de l'enquête préparatoire, pensait que : **« une autre réforme viendra, qui ne sera pas forcément une réforme de santé, ce sera une réforme statutaire des corps de direction (DG – D3S – DS) dans le sens où, ce qu'on a pas réussi à faire en ne donnant pas la personnalité juridique aux GHT, on arrivera à le faire en supprimant les postes de chef d'établissement, les postes de coordonnateur des soins dans les établissements et en refaisant un repyramidage des emplois fonctionnels »**. Un des DS d'un établissement partie pense qu'il est temps

de nous repositionner dans le corps pour légitimer la stratégie menée : « **Je ne sais pas où va le métier des DS. Je pense que si on ne veut pas voir le métier mourir, il faut qu'on arrête de vouloir être des supers surveillantes. La notion de directeur des opérations, directeur des flux voit le jour. On nous fait comprendre qu'on a plus besoin de DS. Parfois les DS sont sous la tutelle des DRH. C'est à nous de nous positionner comme leader au sein du Costrat, au sein des instances, au sein des commissions. On est membre de droit du directoire, à nous de nous positionner comme tel. La vie d'un hôpital est faite de soignants alors on a notre mot à dire par rapport aux orientations stratégiques pour se recentrer sur le terrain, c'est notre job** ». Plus tard, elle insiste encore en rappelant : « **Il faut qu'on arrête d'attendre que les autres nous légitime et de nous excuser d'être là. Aujourd'hui, je suis désolé mais le PSMP montre une scissure entre le PMP et le PSP, c'est un retour en arrière. C'est le groupement qui a remis cette scissure et c'est vraiment dommage. Nous, en tant que DS, il faut y croire et réussir. Motiver les équipes. Il faut être un leader positif. Je donne de la lisibilité, un cap. Je vais partout. Je présente les axes du PSP au PCME ou au collège médical et je lui demande de les porter avec moi. Ensuite, il vient à la CSIRMT, en réunion de cadre. On travaille ensemble. En CSIRMT, je demande l'avis des soignants** ».

#### 2.2.4.2 Un collectif qui se construit autour du projet

Nous avons pu le voir en page 18 dans le point sur le soutien des DS dans l'acceptation du changement que « la participation active des professionnels était essentielle pour permettre l'adaptation aux changements. Le risque de ne pas maintenir la mobilisation était un retour à une situation antérieure : « **A la dernière CSIRMT même pas la moitié des établissements se sont faits représentés** ». Un cadre raconte son expérience « **ils (la direction ?) ont mis en place une organisation très pyramidale : les DS se rencontrent, les médecins travaillent ensemble, les CSS de leur côté dans les groupes de travail. Et nous, et bien on n'a pas eu de retour** ». Un CSS préconise : « **Pour que la CSIRMT de territoire puisse vivre, il faut laisser la place au collectif de travail et le retour à l'investissement des professionnels. Si c'est juste du transfert d'informations, ce sera juste une autre instance, vouée, pour moi, à l'échec** »

Pour réussir à donner forme au projet, à créer un nouveau groupe d'appartenance tel que le propose SAINSAULIEU, il faut permettre à l'agent de participer au projet pour se reconnaître dans l'autre : « **J'ai participé à la réalisation de certaines filières. J'ai une meilleure connaissance des filières de soins, des atouts des établissements, une envie de travailler ensemble, un réseau plus fourni par contre pas d'impact sur mon**

**travail quotidien. C'est une ouverture à l'autre. On s'y est retrouvé dans la construction du projet médical, soignant et dans les instances. Une reconnaissance ou une valorisation des points forts de chacun et il y en a dans tous nos établissements »** nous confirme un des CSS. Un cadre, de façon surprenante nous dit que sur son GHT, cela a permis de créer un **« collectif au travail pour que l'on soit plus performant. Il est présent dans le collectif cadre car c'est lui qui a impulsé la dynamique. Du coup, j'essaye de reproduire cela avec mes équipes sur le terrain »**. Un collectif qui donne du sens. Un nouvel espace de travail, de dialogue, voilà ce qui semble se mettre en place sur le GHT, grâce à la définition d'objectifs communs à réaliser. Une nouvelle « équipe » semble être en voie d'être créée sur le territoire : **« Un collectif peut être créé sur un territoire, ce n'est pas utopique. On peut sentir appartenir à un collectif tout en travaillant dans un établissement »**

En ouvrant le champ du dialogue et en impliquant l'encadrement dans les groupes, il semblerait que le GHT puisse être le contributeur de l'amélioration de la qualité de vie au travail des cadres. **« On peut être un CS à l'intérieur d'un GHT et être épanouie et trouver du sens à son travail. Les équipes ont besoin de comprendre cela »** signale un professionnel tandis qu'un autre répond que **« Puisque maintenant il faut travailler ensemble, je suis cadre de pôle, je vais m'inscrire dans la dynamique de l'institution et essayer de mener au mieux les actions au service du patient »**. Pour cela, le DS valorise l'outil communication : **« Ici on est impliqué, ce n'est jamais imposé. L'information passe, elle n'est pas donnée, distribuée un peu comme la bonne parole. Ici on se sent impliqué et reconnu. On a des objectifs à remplir mais on connaît toujours le retour de notre travail »** et l'empowerment : **« Il faut être en capacité de solliciter les hommes capables de conduire le changement, de rendre les gens autonomes » « Je donne du poids aux CSS et aux CS et je prône le travail ensemble, dans le cadre d'une relation gagnant / gagnant. C'est très porteur pour la QVT »**.

Enfin, le territoire décloisonnerait les organisations de travail en autorisant l'ouverture à l'autre. Pour l'encadrement, la participation à des groupes de travail, à la CSIRMT de territoire, la possibilité de rencontrer d'autres professionnels, les échanges sur la façon d'exercer les soins permettraient d'envisager des perspectives de mobilité professionnelle ou de carrière. C'est confirmé par une DS qui pense que : **« Fondamentalement, le GHT a permis aux cadres de s'ouvrir pour accompagner les équipes autrement ou mettre en place une nouvelle dynamique de PEC plus territoriale »**. Un autre confirmait en soulignant : **« D'autres ont des ambitions de mutation, de développement de compétences pour aller voir ce qui se passe ailleurs. Cela a créé très rapidement une émulation »**.

### 2.2.4.3 Le DS de l'établissement qui donne le cap vers le PMSP

Le DS apparaît un maillon essentiel de l'accompagnement et du suivi de la mise en place du PMSP. Mais à qui les équipes d'encadrement se réfèrent-elles ? L'équipe de CSS semble avoir un lien fort avec le DS de leur établissement. L'utilisation du pronom « notre » semble d'ailleurs indiquer un lien et un attachement particulier :

- « ***Moi, une fois que j'ai l'objectif à atteindre, je peux me mettre en action. Mais il doit venir de « notre » DS. Elle donne un cap. Ensuite, je propose et elle me valide la direction que je prends*** »
- « ***Notre DS représente les paramédicaux au sens large. Elle seule ne valorise aucun pôle, aucune activité. Le PCME qui vient d'un secteur, a tendance à valoriser son activité. Il n'est pas neutre*** ».
- « ***Notre DS a une place centrale dans le GHT, il nous a donné les outils pour mieux nous approprier les parcours*** ».

Les cadres ajoutent « ***Le plus simple, c'est de pouvoir se référer à son coordo. qui transmettra ensuite au coordo de territoire [...] c'est plus simple et elles parlent le même langage*** ». L'encadrement reconnaît le management, le lead du DS de leur établissement, surtout quand il fait preuve de bienveillance.

Nous allons conclure cette analyse en la confrontant aux questions que nous nous étions posés en amorçant cette recherche.

## 2.3 Retour sur les hypothèses de départ

Les résultats de l'analyse ont mis en lumière plusieurs constats. Ils nécessitent maintenant d'être discutés pour confirmer les hypothèses de départ. Ils vont nous permettre de re-questionner les différents angles du sujet.

### 2.3.1 Discussion

Notre démarche a reposé sur l'étude de la littérature, sur nos questionnements « *au fil de l'eau* » et l'analyse des échanges avec les professionnels rencontrés. Nous sommes actuellement en mesure de répondre à notre question de départ. Pour cela, nous revenons sur nos hypothèses pour les valider.

Tout d'abord, l'hypothèse 1 nous a permis d'investiguer la politique managériale du DS et de comprendre si sa place dans le GHT pouvait influencer l'appropriation du PMSP par les

équipes d'encadrement. Nous avons compris que la façon de manager et le lead du DS donnait du sens aux objectifs et aux actions mis en place. Le fait d'impliquer, d'autonomiser, d'avoir une attitude fédératrice envers les professionnels, engendre un processus d'appropriation du projet plus important. Les équipes d'encadrement accordent une réelle confiance dans la politique déployée par le DS. Cette conviction va même pouvoir améliorer les conditions de travail perçues. Pourtant, cette réponse doit être relativisée car il apparaît que cette confiance ne peut être accordée qu'au DS de l'établissement dans lequel les équipes exercent. Le travail du CGS du territoire, DOP ou autres ne sont pas encore suffisamment connus ou reconnus à ce jour par les cadres. C'est pourquoi, nous ne pouvons que confirmer partiellement l'hypothèse 1. Cela nous interroge sur trois points :

- Abordons tout d'abord, la question du groupe de travail mis en place par le DS dans le cadre du GHT pour mener à bien les axes du PMSP : nous avons compris que les DS aspirent à être valorisés dans leur fonction. Nous avons réalisé que le coordonnateur qui s'engage sur le territoire aspire à une reconnaissance de son implication, le professionnel qui encadre plusieurs établissements souhaite une revalorisation, le DS qui se voit confier une nouvelle responsabilité aimerait une fiche de mission ou de poste pour que les objectifs qu'il doit atteindre soit clairement identifié.
- Des DS supervisent parfois les soins sur plusieurs établissements. Le relais de l'encadrement est assuré alors par des FFDS qui suivent l'avancée des axes du projet notamment dans les établissements partie (ici nous avons constaté que 18 FFDS travaillaient dans les 34 établissements et 2 postes de DS vacants). Cela pourrait devenir un véritable enjeu dans les années à venir, notamment dans l'accompagnement des objectifs du PMSP, dans la relation hiérarchique non partenaire des FFDS et dans la dynamique professionnelle en mouvement de la profession.
- La participation au CoStrat, comme la participation à la CSIRMT de territoire peut devenir un enjeu de la reconnaissance. La participation non systématique de l'ensemble des DS à ces instances, compte-tenu du nombre de participants comme énoncé dans la proposition d'avenant de la CSIRMT (en annexe 2) peut rendre difficile une cohésion de groupe (nous avons observé l'absence des DS adjoints lors de certains CoStrat).

Concernant l'hypothèse 2, nous nous demandions si la qualité des interactions du binôme DS/PCME pouvait impacter l'influence du management de projet et la coopération de l'encadrement. Nous l'avons vu, avoir une gouvernance équilibrée, coopérant sur les axes du PMSP, va impacter les professionnels et les influencer à mieux travailler ensemble. Mais cela devra aussi passer par un effort conjugué de structuration de la communication avec des temps de travail commun, pour que l'encadrement ne se sente pas pris dans une lutte de pouvoir des 2 projets, ce qui pourrait provoquer des freins au changement. Nous validons cette hypothèse de recherche

Enfin pour l'hypothèse 3, nous voulions savoir si le PMSP pouvait être un catalyseur de l'accompagnement du changement et être utilisé par le DS comme outil de mise en synergie des équipes d'encadrement. Nous rappelons une fois encore, l'importance du travail collaboratif entre le DS et le PCME pour une meilleure participation et un meilleur investissement des professionnels. Cela permettra aussi d'avancer sur les actions et les démarches de travail mises en place, que ce soit dans le cadre de la préparation de la certification, du développement des coopérations en extra mais aussi en intra-hospitalier. Un binôme fort, c'est aussi avoir la possibilité d'envisager l'architecture de tous les parcours de soins avec des réponses à chaque besoin du patient, grâce parfois à des solutions alternatives par des professionnels formés (pratiques avancées, protocole de coopération, notamment dans les déserts médicaux). Nous pouvons ajouter que l'attitude fédératrice du DS, son écoute, le soutien apporté à l'encadrement sont aussi des facilitateurs du changement. C'est pourquoi nous validons aussi cette hypothèse.

Nous pouvons donc répondre que l'appropriation du PMSP par l'encadrement permet aux DS du GHT de déployer une stratégie de soin commune sur l'ensemble du territoire, surtout si les DS travaillent ensemble, communiquent avec l'encadrement et les PCME.

### **2.3.2 Critique de la recherche**

L'échantillon des entretiens (16 entretiens) et des observations (2 CSIRMT de territoire et 3 PMSP) est un frein à l'exhaustivité et à la représentativité des résultats de l'enquête. Un des biais de ce travail réside certainement dans la sélection des personnels interrogés. Il est possible que nous puissions avoir été orienté involontairement ou volontairement vers des personnes intéressées au sujet, c'est peut-être ce qui explique pourquoi nous avons eu des entretiens très riches. De la même façon, l'enquête n'a porté que sur 5 GHT (+ 2 lors de l'enquête exploratoire).

C'est donc un travail très modeste présenté ici, compte-tenu du nombre de DS travaillant en France, du nombre de CS et CSS et de l'important travail engagé sur les PMSP. Dans ce cadre, nos résultats, pour pouvoir être généralisés, mériteraient d'être complétés éventuellement par une nouvelle enquête, par questionnaire ou par une équipe d'auditeurs, sur une plus longue échéance ou sur d'autres GHT, pour pouvoir confirmer ou infirmer les résultats qui vous ont été présentés

### **3 Éléments de transférabilité à mettre en place dans le champ des compétences du Directeur des Soins**

L'enquête a exploré, au-delà de l'appropriation du PMSP, les relations professionnelles du DS avec l'encadrement et les PCME. Les résultats ouvrent maintenant sur des préconisations à réinvestir sur le terrain. Nous avons compris, grâce aux concepts examinés puis à l'analyse, que les équipes d'encadrement avaient besoin d'un management de projet plus participatif avec plus de proximité de la part du DS (notamment de l'établissement « mère » des agents) pour tenir le cap. Nous appréhendons mieux l'exigence d'investir la communication avec le PCME et les équipes médicales. Il est nécessaire de définir nos champs d'actions au travers de la politique (3.1), de la stratégie (3.2) et d'opérationnalité d'un programme d'intervention bien identifié (3.3).

#### **3.1 La politique menée dans le cadre du Projet Médico-Soignant Partagé : enjeu de cohésion pour le Directeur des Soins**

Le développement d'une politique médico-soignante contribue à la construction d'un projet commun, partagé, valorisé par l'encadrement des établissements du GHT et à une meilleure PEC des patients / usagers du territoire. Le DS connaît l'environnement et les enjeux à mener. Son expérience et son positionnement, va l'aider à renforcer les échanges dans les équipes pour gérer les incertitudes et augmenter le niveau de maîtrise des événements extérieurs. Il s'appuiera sur la confiance de l'encadrement d'autant plus s'il se met au service de la fonction soins pour valoriser les actions des acteurs de santé.

##### **3.1.1 Vers un pilotage territorial du projet**

La priorisation des objectifs confère une vision globale du déroulement du PMSP aux DS du GHT. Un cadre avait remarqué que « **le DS de l'établissement est trop occupé [...] le PMSP passe après** ». Un autre priorisait les actions de leur établissement, au dépend de celles du GHT.

Les DS pilotent les axes « Soins » du PMSP. L'outil doit être un outil de communication qui soit appropriable par toutes les équipes. La proposition d'indicateurs démontrant l'atteinte des objectifs grâce à des tableaux de bord interactifs apporte une image plus concrète des travaux en cours, à venir et des ressources nécessaires à leur réalisation en temps réel. Cette planification assure aussi l'implication de tous les acteurs. Mais ces dispositions ne

pourront fonctionner que si les DS consacrent du temps à la mise en œuvre du PMSP, c'est-à-dire que même si l'actualité est dense, le PMSP devient la priorité numéro 1 des professionnels, et du DS en particulier. Il doit s'autoriser des temps de rencontres réguliers avec les équipes du GHT (Cf. page 17 le « Top management » pour suivre l'avancée du PMSP et aller, aussi souvent que possible, au contact des collaborateurs).

**Préconisation :** Démontrer la nécessité de la coopération pluri-professionnelle grâce au PMSP. Planifier des temps de travail. Accorder des moments de travail entre le DS pilote de projet et les équipes cadres. Identifier le GHT comme une ressource (certains problèmes internes à l'établissement pourront trouver des réponses en externe sur le GHT). S'assurer de la bonne compréhension du PMSP par l'encadrement du territoire.

#### 3.1.1.1 Passer d'une logique cloisonnée d'établissement à une logique partagée de territoire

La stratégie du DS doit valoriser les interactions et engager l'encadrement sur une dynamique capable de transformer une logique cloisonnée d'établissements en une logique partagée territoriale. Le management des objectifs du PMSP ne se résume pas aux seuls acteurs que sont le PCME et le DS. Un PCME propose de « **présenter systématiquement en première intention les actions des équipes des établissements parties** ». Pour l'avoir constaté, nous pensons intéressant de constituer des comités de pilotage (Copil), composés de professionnels de CH différents et de personnes « ressources » pour suivre les thématiques du projet. Ce Copil identifie l'équipe projet, organisé autour des membres de différents établissements et dont la composition peut varier en fonction de l'avancement du projet. Les différentes étapes du projet (lancement / mise en œuvre / réception / clôture) sont identifiées grâce à une planification. Les instances de la CSIRMT de territoire et les collèges médicaux permettent de mesurer les écueils et de procéder aux réajustements nécessaires. Les cadres ont l'expertise, les savoirs faire et la créativité pour mener le projet, même quand il s'agit d'un projet de restructuration. La mise en place du GHT justifie des fonctionnements plus horizontaux et une décentralisation des organisations de travail. Le DS doit être certains que l'encadrement est capable de discerner les besoins et de proposer des prestations de soins plus conformes aux attentes des usagers.

**Préconisation :** Le DS pilote le Copil et fixe les orientations stratégiques à mener. Le travail est mené en lien avec le PCME d'un autre établissement que celui où il exerce, pour faciliter les arbitrages, décroisonner les organisations et limiter les résistances. Le feed-back avec le terrain se fait dans le cadre des instances et grâce à l'encadrement de proximité.

#### 3.1.1.2 S'appuyer sur des schémas existants qui ont fait leur preuve

Il est aussi possible d'utiliser des expériences antérieures. Certaines ont d'ailleurs démontré leur efficacité en matière de coopération. Nous pensons aux travaux réalisés dans le cadre

des réseaux, dont l'ambition était de structurer les soins du patient entre la ville et l'hôpital. Nous nous rappelons aussi des organisations de travail de psychiatrie. Ces exemples plus anciens ont été évalués. Ils démontrent, entre autres, l'appropriation des professionnels à une culture d'équipe partagée et l'implication des malades dans ces parcours de PEC. Nous avons eu la lecture de l'étude de Santé Publique de 2000<sup>91</sup> ou le retour d'expérience du *Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines Sud*<sup>92</sup>. En résumé, ils illustrent parfaitement l'importance de développer un système qui, s'il doit rechercher l'efficacité économique, doit aussi laisser aux acteurs suffisamment d'espaces de liberté pour organiser de façon plus autonome leurs missions afin de répondre de façon satisfaisante aux besoins de la population et aux nouvelles pratiques du terrain.

**Préconisation :** Autoriser l'expression de l'encadrement pour laisser des marges de liberté afin qu'il investisse des solutions aux problèmes rencontrés. Aller à la rencontre d'autres équipes (hors GHT) pour partager les expériences. Envisager des échanges réguliers entre les cadres des établissements (séminaire de travail commun, formations communes, etc.) Demander aux services informatiques la mise en place d'outils d'informations qui acceptent la mutualisation et la centralisation des documents (boîte mail et intranet partagés, ligne téléphonique directe entre établissements de soins, outils de visioconférence, etc.).

### 3.1.1.3 Inclure la participation des usagers

Cette culture d'amélioration continue de la qualité exige un travail avec l'ensemble des équipes d'encadrement. Elle nécessite aussi d'inclure les associations de patients pour pouvoir proposer des changements pertinents dans les parcours de soins. Nous l'avons vu en page 6 de ce travail de recherche, les usagers, depuis HPST notamment, doivent être mieux intégrés aux processus de décision. Le DS doit placer le patient au cœur du PMSP.

**Préconisation :** Faire participer le patient aux instances comme la CSIRMT de territoire. Convier l'usager dans les groupes de travail sur les filières. Entendre / reconnaître la parole de l'usager et ses préconisations.

## 3.1.2 Valoriser les axes soins du PSP

Le CoStrat (ou autres instances du GHT) assure le pilotage de la stratégie de l'établissement. C'est l'instance de prise et de rendu de décisions. Pour le DS, ces temps doivent aussi être l'occasion de moments d'interactions, d'échanges et de communication

<sup>91</sup> LOMBRIL P. BOURGUEIL Y. DEVELAY A ; MINO JC. MAIDITCH 2000. « *Repères pour l'évaluation des réseaux de soins* ». Santé Publique volume 12. n°2. pp. 161-176

<sup>92</sup> HARDY-BAYLE MC. PRADE I. « *Coordination, partenariat, coopération entre professionnels de santé : la question des réseaux de santé en psychiatrie* » <https://www.rpsm78.com/pdf/Article%2037-956-A-15.pdf>

pour l'aider à avoir une vision plus globale des objectifs et des contraintes des autres membres du GHT pour l'orienter dans le pilotage de ses actions.

**Préconisation :** Être en écoute active lors du CoStrat (éviter de prendre du travail à terminer, de lire les mails, etc.). Prendre la parole pour exprimer son positionnement et ses idées. Valoriser la partie « soins » du PMSP et les actions des équipes dans les instances.

Lors d'un entretien, un DS s'enflamme en évoquant : « **Il faut toujours mettre en miroir les points abordés en PMP. Ça m'agace quand en Costrat, il y a juste un petit point à la fin, quand tout le monde veut partir, sur le PSP** ». Il est donc important de faire des points d'étape lors de cette réunion. C'est essentiel pour que le DS puisse ensuite faire redescendre l'information à ses collaborateurs.

**Préconisation :** Préparer la réunion consciencieusement. Anticiper les points à aborder à l'ordre du jour. Suggérer des temps de reporting de situation, de suivi des actions réalisées. Transmettre des points d'informations à l'ordre du jour à aborder aux instances.

### 3.1.3 Valoriser les interventions et les engagements des acteurs

Comme il y a un établissement « support » du GHT, le DS devra se positionner comme le « support » de la fonction de soins. Le dictionnaire LAROUSSE donne une des définitions suivantes de ce terme qui veut dire : « *Action de soutenir, donner son appui moral et matériel à quelqu'un ou à quelque chose* ». Le DS doit avoir pour objectif d'améliorer la performance de ses équipes d'encadrement. Pour y parvenir, il doit leur faire intégrer plusieurs notions :

- La notion d'évaluation, qui ne doit pas s'entendre comme sanction mais comme la recherche d'amélioration de la performance,
- La notion d'atteinte des objectifs fixés par le projet,
- La notion d'efficience.

**Préconisation :** Le DS ne doit pas être dans l'opérationnalité. Ne pas faire à la place des cadres. Il doit apporter du soutien, de l'aide et l'attention suffisante pour soutenir l'encadrement dans l'atteinte du but fixé.

Aujourd'hui, la fonction publique hospitalière est malmenée. Le relais que le DS mettra en place avec les CSS et les CS peut prévenir la perte de sens au travail et améliorer la qualité de vie au travail. Le DS doit se mettre au service de la fonction de soins pour valoriser la pertinence, la performance et la qualité du travail réalisé, non seulement dans les instances du GHT mais aussi sur l'extérieur. Un cadre nous dit : « **Des réponses aux difficultés peuvent venir du travail engagé sur la réorganisation des PEC des patients, mais il est nécessaire pour cela, d'engager les réformes à tous les niveaux** ». Le DS doit

porter les ambitions du projet et positiver toutes les réussites obtenues. Il doit miser sur les points forts de chaque personne. Il porte l'ambition du projet et pousse les cadres à systématiquement positiver les solutions envisagées auprès de leurs équipes.

**Préconisation** : Valoriser les engagements des professionnels du terrain. Porter les réussites. Les mettre en avant. Proposer d'écrire dans une / des revues professionnelles

Enfin, les DS nous ont fait remonter la méconnaissance du périmètre de leur mission. Coucher sur le papier les missions de chacun des DS du territoire offrira une meilleure répartition des champs de compétence de chaque manager.

**Préconisation** : Négocier la réalisation d'une fiche de mission en concertation avec le DG de l'établissement support et en lien avec les établissements partis car portée politique des actions importantes

### **3.2 « Yes, we can »<sup>93</sup> ou comment il est possible, pour le Directeur des Soins de construire un projet ambitieux**

#### **3.2.1 Piloter par la qualité, préparer la démarche de certification et coordonner les parcours patients**

Pour les équipes, le DS est en mesure de conduire un travail de coordination à l'échelle du territoire. Dans cette hypothèse, il est capable de renforcer l'implication des cadres, en identifiant les pilotes de processus, en contribuant à la mise en place du compte qualité commun, et en repérant les risques communs à l'ensemble des CH.

**Préconisation** : Accentuer la réflexion sur les filières / parcours patient en utilisant la démarche qualité / gestion des risques (suivis, transfert, PEC sanitaire /médico-social / ville). Procéder à la réalisation d'audits de parcours et des patients traceurs intra-GHT.

Nous proposons aussi la définition de chemins cliniques. La Has recommande cette méthode, non seulement pour valider un programme de développement professionnel continu (DPC) mais aussi pour « *décri(re), pour une pathologie donnée, [...] vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou pluri-professionnelle de patients présentant un problème de santé comparable afin de réaliser une prise en charge optimale et efficiente respectant les règles de bonnes pratiques*<sup>94</sup> ». Nous trouvons

---

<sup>93</sup> Slogan de campagne de Barak Obama

<sup>94</sup> HAS. Chemin clinique. Juin 2017 Disponible sur internet. [Visité le 07/07/18] <https://www.has-sante.fr/portail/>

cet outil, simple dans son format et son appropriation. Nous suggérons sa mise en place car il peut accentuer la transversalité d'un management en binôme et le leadership du DS.

**Préconisation :** Travailler sur les **chemins cliniques avec les équipes** pour améliorer la coordination des différents professionnels au regard des parcours patients. Proposer la définition d'un chemin clinique par pôle

Nous avons vu que les professionnels se reconnaissent dans les démarches qualité et de certification. La méthodologie des référentiels leur paraît familière. Elle parle autant aux médecins qu'aux paramédicaux. Elle améliore progressivement les pratiques de soins. Les professionnels sont conscients des enjeux liés à la non-qualité (effet délétère sur le patient, risque de dérive médiatique, etc.). La démarche qualité se prête bien à cette mise en place. La rigueur scientifique de ces dispositifs permet de poser des jalons identitaires sur plusieurs établissements et conforter une politique d'amélioration de la sécurité des soins qui serait portée conjointement par le DS et le PCME. Certains GHT procèdent à la mise en place de pôles inter-établissement. Nous envisageons dans ce cadre de mener avec le PCME, les chefs de pôle et l'ensemble des acteurs une réflexion permettant à la fois de mieux répondre aux objectifs définis de la Stratégie Nationale de Santé de 2018 – 2020 mais aussi, de s'ouvrir à la ville, au secteur du médico-social et éventuellement du privé pour couvrir l'ensemble des besoins de la population. Il «  *vise à mettre en place un dispositif de gouvernance fondé sur des organisations médicales transversales et coordonnées ; facilite (r) le travail en commun des praticiens au niveau du territoire [...] identifier les responsables, médicaux et paramédicaux, travaillant de manière concertée pour faire vivre les filières de soins au sein du territoire* »<sup>95</sup>.

**Préconisation :** Soumettre au CoStrat la création d'un pôle inter-établissement « Qualité / Certification ». Envisager la mise en commun des ressources des équipes qualité sur le GHT pour répondre à la certification 2020. Simplifier les organisations et uniformiser les procédures, protocoles et modes opératoires sur l'ensemble des établissements du GHT.

### 3.2.2 Se risquer à une (r)évolution(ner) de projet et innover

Nous l'avons vu, page 8, l'évaluation des pôles de 2014 a relevé que les chefs de pôle ne jouaient pas suffisamment leur rôle de « courroie de transmissions entre la direction, les instances de l'établissement et les personnels »<sup>96</sup>. La responsabilité du DS serait de proposer, dans le cadre de la renégociation ou l'évaluation des contrats de pôle, d'inciter la mise en place de temps de communications au travers l' «  *élaboration d'outils d'information*

---

<sup>95</sup> Pôles inter-établissements Disponible sur internet. [Visité le 07/07/18] [www.ministeredessolidaritesetdelasante.fr/](http://www.ministeredessolidaritesetdelasante.fr/)

<sup>96</sup> Conférence hospitalière de 2015. Ibid. p. 21

*et de communication spécifiques* » plus adapté aux cadres (dans la revue de l'établissement, poster d'information, tableau d'affichage, triptyque d'information par les membres de la CSIRMT de territoire, article de journal, revue professionnelle, etc.) [...] et « *favorisant un management participatif* »<sup>97</sup> (mise en place de séminaire de travail avec l'ensemble de l'encadrement du GHT, temps de formation commun, etc.) avec les équipes médicales. Il pourrait être aussi nécessaire, comme la préconisation n°5 du rapport de la Conférence Hospitalière de « *renforcer la cohérence entre l'organisation en pôles et l'organisation territoriale afin d'optimiser la lisibilité du parcours du patient et prendre en compte les coopérations et complémentarités* »<sup>98</sup>.

**Préconisation :** Améliorer la concertation avec les équipes médicales et soignantes dans le cadre des contrats de pôle

La déclaration de Monsieur Dominique MAIGNE<sup>99</sup>, confirme qu'il faut poursuivre l'effort de concertation entre les DS et les PCME. En substance, il affirme que : « *si demain on veut pouvoir faire en sorte que la certification ait un impact sur la restructuration par la qualité, il ne faut pas hésiter à la lier avec les mesures [...] de déplacement de service, fermeture de ceux qui ne répondent pas aux standards de qualité [...] pour obliger les établissements à répondre dans des contraintes temporelles aux exigences* ». Nous devons apprécier ensemble le diagnostic stratégique partagé du territoire, qui tienne compte de la zone d'influence, de l'analyse des taux de fuite et des parts de marché des établissements pour mieux organiser les niveaux d'activités en fonction des parcours patients.

**Préconisation :** A moyen / long terme, travailler avec les PCME, le médecin référent du DIM et l'ensemble des DS du GHT pour définir, au regard de la ressource médicale, (ressource en tension) l'organisation de l'offre de soins pour répondre aux exigences de l'environnement. Faire évoluer la logique de travail des cadres de la RH au pilotage des parcours patients. Inscrire les équipes dans la mouvance du changement en mettant en avant les enjeux (virage ambulatoire, hôpital numérique, évolution des pratiques).

### **3.2.3 Vers une communication négociée avec l'équipe médicale et le PCME**

Nous l'avons observé, puis convenu, le DS et le PCME ont un rôle complémentaire dans la mise en œuvre du PMS. Avant d'ambitionner le déploiement de nouvelles actions, ils vont devoir mieux coordonner leur processus de communication et de décision. Des temps de rencontre, de préparation, de travail s'avèrent donc pertinents pour maintenir un dialogue, uniformiser la gestion et légitimer ensuite le management dans les objectifs à tenir.

---

<sup>97</sup> Conférence hospitalière de 2015. Ibid. p. 25

<sup>98</sup> Conférence hospitalière. Op. cit. p. 8

<sup>99</sup> Directeur de la HAS de 2011 à 2017, pour HOSPIMEDIA en décembre 2017

### 3.2.3.1 Des managers en interaction

Pour que le projet fonctionne, ce n'est pas tant la situation géographique qui doit être considérée que le « système d'action » tel que M. CROZIER le définit (vu page 18). Les « zones d'incertitude » vont créer des enjeux de pouvoir. Donc sans relation, pas d'enjeu de pouvoir. Le DS a donc un rôle important à jouer, il a une marge d'action et un espace de liberté suffisant pour :

**Préconisation** : Inviter le (les) PCME à présenter les axes du PMP en CSIRMT (ou CSIRMT du territoire). Proposer également aux équipes de valoriser les axes de travail communs mis en place,

**Préconisation** : Faire le lien entre les différents groupes de travail du PMSP, entre les acteurs de santé, si besoin en réactivant des axes moribonds, soit en proposant de nouveaux objectifs, soit en identifiant une méthodologie de travail différente,

**Préconisation** : Proposer la mise en place de réunions préparatoires au CoStrat, planifier de travailler les points d'étape du PMSP de façon semestrielle avec le PCME.

### 3.2.3.2 Organiser des temps de rencontres entre le DS et le PCME sur les établissements et le territoire

Nous avons eu la confirmation que tous les PCME disposent d'un temps dédié à l'organisation de leur fonction. Il est donc essentiel que ces deux protagonistes puissent travailler ensemble. Il pourrait être envisageable, comme l'avait préconisé un PCME rencontré lors d'une interview de « remettre des temps de rencontres réguliers, comme avec le DG par exemple », de planifier, selon une récurrence déterminée, des temps de partage d'informations ou de travail entre le DS et le PCME. Nous pourrions également prévoir d'inviter le PCME, ou un des représentants à des temps de travail sur les axes « soins » du PMSP, en lien avec les CSS ou les CS. Mais comment mettre en place ces temps, quand parfois le DS, coordonnateur de territoire doit exercer sa mission sur plusieurs établissements ? Ces temps communs permettraient d'envisager de travailler sur :

- La mise en place d'outils méthodologique pour assurer le suivi du PMSP,
- La planification de nouvelles actions,
- L'évaluation des objectifs déjà engagés.

**Préconisation** : Proposer dans le cadre d'une prise de poste ou de fonction, de prendre le temps nécessaire pour aller à la rencontre du PCME de l'établissement et du Président du Collège médical du GHT. Avec leurs accords, se présenter aux Chefs de pôle et échanger avec eux sur notre parcours, la mission confiée et l'intérêt porté aux différentes unités. Profiter de l'échange pour mieux cerner et appréhender le projet du service, identifier ses forces et ses faiblesses, évaluer s'il existe des tensions entre les professionnels, etc.

### 3.3 La négociation raisonnée ou la Stratégie du « Gagnant / Gagnant » pour affirmer l'opérationnalité du projet

La stratégie du « Gagnant / Gagnant » est connue dans le monde du commerce. Elle permet d'envisager des solutions pour que chacun ait le sentiment, dans une situation, qu'il n'a pas forcément choisi, d'être gagnant plutôt que de perdre quelque chose. Pour cela, la recherche de solutions et la formalisation des accords sont imaginées par les acteurs<sup>100</sup>.

#### 3.3.1 Un exercice plus solidaire et complémentaire en co-construisant les objectifs

Le DS fait le lien entre les équipes, l'environnement et les actions à mener à court, moyen et long terme. Il a un rôle dans la coordination des parcours du patient entre l'amont et l'aval. Il fait le lien entre les projets. Un cadre rappelle : « **il (le DS) doit donner le "la" au CSS qui donne ensuite le tempo au reste de l'encadrement** »<sup>101</sup>.

##### 3.3.1.1 Devoir d'exemplarité du DS

Le savoir-être du DS, pilote de projet est très important :

- Il doit toujours être d'humeur égale, quelle que soit la situation, son état d'esprit, ou son état de fatigue. **Dire bonjour l'équipe, être souriant, dire merci** ... est essentiel pour réussir à rendre la parole plus libre,
- Il doit prendre **plaisir à travailler et à mener ses collaborateurs à l'action**. Il doit avoir une attitude positive et être en capacité de s'adapter à ses collaborateurs. Nous nous souvenons qu'un PCME nous avait dit que nous ne devons « **pas être dans l'opposition systématique** ».
- **Il doit être neutre** : il sera alors en capacité de valoriser l'ensemble des collaborateurs et ne cherchera pas à privilégier seulement les professionnels de son établissement.
- **Il doit savoir et pouvoir prendre de la distance avec toutes les situations**, pour éviter de prendre parti, tout en étant disponible et à l'écoute.

##### 3.3.1.2 Devenir manager des managers

« Avec un chef, on obéit. Avec un manager, on réfléchit. Avec un leader, on grandit »<sup>102</sup>. Thomas Le LUDEC préconisait aux DS de devenir « *manager des managers* »<sup>103</sup>. Or « *le management ne se décrète pas. Il dépend de la volonté et de l'appétence individuelle à*

---

<sup>100</sup> Éléments d'information tirés de cours. ISEFAC Lille. 1<sup>ère</sup> année

<sup>101</sup> Entretien Cadre supérieur de santé de pôle

<sup>102</sup> Citation inconnue

<sup>103</sup> LAGADEC. Op. cit. p. 2

*manager. S'améliorer, se corriger, sont des objectifs accessibles en management mais sur une base de compétences déjà présentes* »<sup>104</sup>. Nous l'avons vu le leadership va assoir le management et encourager l'implication de l'encadrement. Le DS doit avoir conscience des effets qu'il produit sur ses équipes. Ce positionnement pourra s'acquérir grâce à des savoirs-être acquis lors de la formation et développé lors de l'exercice professionnel :

- Tout d'abord, par la capacité du DS à prendre une dimension plus stratégique et pouvoir déléguer l'opérationnalité, la responsabilité des objectifs à mener à l'encadrement,
- En soutenant l'encadrement dans les propositions, les solutions qu'il apporte,
- En donnant le droit à l'erreur, en ne dramatisant pas l'échec mais en essayant de tirer les enseignements de chaque situation pour apporter des améliorations,
- En faisant de la pédagogie, en expliquant, en donnant du sens, en levant le brouillard et en faisant preuve parfois d'imagination pour permettre aux équipes de se projeter pour comprendre comment et où il faut aller,
- En tenant compte des différences générationnelles, en se mettant à la portée de toutes les équipes, c'est-à-dire, en allant sur place, en soutenant si besoin les cadres qui en ont besoin et en valorisant chacune des actions menées,
- En réalisant du feed-back sur les actions, évaluations attendues et réajustement à faire,
- En faisant preuve de respect envers chaque professionnel.

### 3.3.1.3 Mettre en place un management agile

Un management plus horizontal impose au DS de réinventer les règles de fonctionnement pour l'encadrement pour le rendre plus autonome et responsable. Le PMSP rendra nécessaire que les équipes médicales et soignantes puissent mieux s'auto-manager tout en respectant les lignes stratégiques fixées par le groupement en général, la Direction des soins et le PCME en particulier. Mais être autonome ne veut pas dire une absence de contrôle, car le DS pourrait ici renforcer sa mission dans la stratégie et le soutien, en rendant essentiel le « rendre compte », l'évaluation et le réajustement. Développés dans des entreprises internationales, des outils de management peuvent facilement être transposés au sein des établissements de santé et motiver l'encadrement dans la mise en place des objectifs du PMSP. Nous pourrions proposer :

- Le « peer coaching » (ou coaching entre pairs), c'est-à-dire que deux ou plusieurs collègues travaillent ensemble pour « *réfléchir sur les pratiques actuelles : élargir, affiner et développer de nouvelles compétences, partager des idées, mener des recherches ou résoudre des problèmes sur les lieux de travail* »<sup>105</sup>. L'idée serait ici de

---

<sup>104</sup> SALMON K. 2012. Ibid. p. 14

<sup>105</sup> ROBIN P. Janvier 1991. "How to plan and implement a Peer Coaching Program". ERIC.p.1

- proposer ce coaching entre les CS et CSS en transversal sur les établissements, et pourquoi pas en lien avec les managers de la ville et des structures du médico-social.
- **En créant un collectif « cadres »** et en proposant des groupes de travail sur des thématiques déterminée en fonction de l'actualité. Il pourrait être également intéressant d'utiliser une boîte mail interconnectée sur le GHT pour l'ensemble des cadres pour partager les documents travaillés sur la coordination des soins, etc.
  - **Faire du marketing social** : « Le marketing social consiste à utiliser les techniques du marketing pour réaliser des programmes destinés à faire évoluer les comportements d'individus dans le but d'améliorer leur bien-être personnel et celui de la société »<sup>106</sup>. Il s'agirait ici pour le DS de proposer d'inclure les usagers dans les orientations du projet afin de mieux comprendre leur comportement et leurs attitudes dans le cadre des parcours de soins proposés, de relayer ensuite ces messages auprès des professionnels du terrain. Cela pourrait créer une cohésion des acteurs et surtout d'ouvrir le projet à la prévention, la coordination des soins entre la ville et l'hôpital, le dépistage, etc.
  - **Développer la participation de l'encadrement avec les cadres formateurs** pour permettre une prise de recul sur le terrain et un travail plus réflexif sur les parcours patient. Le GHT est aussi un moyen intéressant d'élargir d'analyser plus en détail le travail des cadres ; de proposer des travaux de recherche mais aussi d'identifier les différentes trajectoires de maladie et de ré-observer en détail l'ensemble des tâches qui font les activités de soins de l'utilisateur. Cette prise de recul peut être intéressante pour enrichir le dispositif.
  - **Être innovant**. Proposer par exemple le déploiement du télétravail pour les cadres pour qu'ils puissent s'investir pleinement et complètement dans la formalisation des actions du PMSP.

### **3.3.2 Devenir le coach manager du changement**

Prioriser la dimension humaine signifie que le DS ambitionne d'obtenir une participation plus active des cadres et pas seulement l'acceptation du changement. Pour cela, il doit influencer positivement l'encadrement pour qu'il s'implique à la réalisation du PMSP. Le décloisonnement des pratiques, la révolution des pratiques avancées, la gestion transversale de ressources humaines rares du GHT vont être, nous l'imaginons dans les prochaines années, un enjeu majeur de travail entre les DS et les Directeurs des Ressources Humaines (DRH) pour améliorer la performance collective. Les cadres vont

---

<sup>106</sup> ANDREASEN, 1995 « Marketing social change ». Intervention de Karine GALLOPEL-MORVAN, Professeure des Universités, EHESP. Le Marketing social. Séminaire commun Santé Publique Janvier 2018

apprendre à travailler dans un contexte de travail où ils ne seront plus seuls. La relation avec les autres cadres du GHT devra leur permettre de mieux répondre aux difficultés du quotidien grâce à la collaboration et la compréhension du travail de l'autre. Le DS doit aussi leur permettre de capitaliser ces adaptations pour apporter plus de flexibilité, de souplesse au travail. Il sera nécessaire de « repenser leur pratique managériale pour assurer une gestion et un accompagnement plus efficient des professionnels [...] respecter les équilibres des professionnels, les équipes, les institutions et les partenaires »<sup>107</sup>. Il est aussi possible de faire évoluer les missions selon l'affinité du cadre ou le sujet qui lui tient à cœur. Le sentiment de maîtrise du sujet sera renforcé et l'investissement plus important.

**Préconisation :** Valoriser les pratiques avancées et les protocoles de coopération dans le cadre du PMSP. Informer l'encadrement sur les modalités de mise en place.

### **3.3.3 Améliorer la performance organisationnelle en s'appropriant des outils du management**

L'appropriation d'outils de travail inscrit l'équipe d'encadrement dans l'appropriation des enjeux et l'implication des objectifs à mettre en œuvre<sup>108</sup>. Cela améliorera la culture des résultats :

- Le SWOT qui permet le diagnostic interne (positionnement) et externe (concurrence) des forces, faiblesses, menaces et opportunités du GHT,
- L'arbre des causes stratégiques qui permet d'identifier de nouveaux objectifs stratégiques innovants,
- Le Brainstorming ou brainwriting qui permet de répondre à des problèmes en s'appuyant sur la force d'un groupe,
- La Carte mentale qui permet de mieux se représenter schématiquement les actions à mettre en place en les partageant
- La fiche projet qui va permettre d'assurer la transparence de la mission et de lui donner une véritable construction
- L'avocat d'idées ou le diagramme d'affinité qui sont des outils qui permettent de créer un consensus pour fédérer un groupe

La richesse du travail en collaboration et le partage des outils seront des opportunités pour développer l'appropriation du PMSP par l'encadrement.

---

<sup>107</sup> KANITZER C. 2018 « Impact du GHT sur les pratiques managériales » La revue des cadres de santé Hors-Série. Objectif SOINS. Management. pp. 8-10

<sup>108</sup> DEBOIS F. GROFF A. CHENEVIER E. « La boîte à outils de la créativité ». Éditions 2017. DUNOD

## Conclusion

Ce mémoire de recherche a eu pour ambition d'étudier l'impact du management du Directeur des Soins dans l'appropriation du Projet Médico-Soignant Partagé par l'encadrement pour déployer une politique de soin commune sur le territoire.

Pour parvenir à expliquer les évolutions en cours, nous avons utilisé plusieurs leviers, comme l'observation des interactions avec le Président de la Communauté médicale d'établissement et les stratégies d'adaptation au changement déployées par l'encadrement pour s'adapter à la Loi de Modernisation de notre Système de Santé.

Partant de plusieurs questionnements, l'enquête du terrain, croisée avec les concepts structurels trouvés dans la littérature, nous ont conduit à mettre en évidence trois résultats :

- **Le Directeur des soins est un acteur clé de l'accompagnement du changement.** Pour l'encadrement, c'est le chef d'orchestre, le mentor des équipes. Cette notion de « donner le cap » revient volontiers lors des entretiens. Elle est valable autant pour les cadres supérieurs de santé que les cadres de santé.
- **Le Directeur des soins a la légitimité pour conduire les axes « soignants » du PMSP et les mettre en perspective avec la démarche qualité et la conduite de la certification commune.** Il connaît les méthodologies de travail, le suivi des processus à coordonner. Il peut également organiser le pilotage des groupes. La démarche de certification est porteuse de sens pour les professionnels, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux. Elle est plébiscitée comme moteur dans l'appropriation du travail en GHT.
- **Le Directeur des soins doit privilégier et valoriser l'autonomie de ses collaborateurs.** Les indices récoltés montrent qu'il semble que les cadres de santé et cadres supérieurs accordent facilement sa confiance au DS, qui représente pour eux l'ensemble des soignants au niveau de l'établissement. Ce qu'il ressort de ce mémoire, c'est que si le DS adopte un management agile, en favorisant l'empowerment, en soutenant les professionnels en difficulté et en mettant en avant les actions développées par les équipes dans les instances ; la confiance et l'adhésion des équipes pour mettre en place un projet territorial convergent dans un réel processus de coopération et de collaboration. Cette ouverture à l'autre pourrait améliorer la qualité de vie au travail des cadres participants à sa réalisation.

A cette image d'Épinal, il ne faut pas perdre de vue et mettre en lumière que certains résultats font craindre des retards dans l'atteinte des objectifs identifiés par J. HUBERT et F. MARTINEAU quand ils ont pensé le modèle du GHT :

- **Le Directeur des Soins doit, par sa posture, être un élément contributif à l'amélioration de la communication établie avec le (les) Président(s) de la CME du GHT** pour, non seulement, harmoniser les choix politiques et stratégiques déterminés, mais aussi trouver un meilleur équilibre entre les axes du projet médical et soignant du PMSP.
- **Le Directeur des Soins doit utiliser les instances, notamment le Costrat et la CSIRMT du territoire, pour valoriser et faire ressortir les actions opérationnelles** mises en place par l'encadrement sur le terrain.
- **Le Directeur des Soins doit être un promoteur du changement** et ne pas hésiter à proposer l'innovation pour apporter des solutions structurelles aux difficultés du terrain.

Nous avons mis en évidence, la place particulière du Directeur des soins pour permettre l'appropriation du PMSP par l'encadrement. Ce travail ne nous a malheureusement pas permis d'étudier de manière plus approfondie les établissements, apparemment de plus en plus nombreux, où le Directeur des soins est absent, où la coordination se fait soit par le Coordinateur des soins du territoire avec des relais sur site avec des Cadres supérieurs de santé, faisant fonction, soit parfois par d'autres corps de métier (DRH – DOP – etc.).

Nous pouvons aussi nous demander si la segmentation entre les professionnels de santé (entre médecins / paramédicaux, soignants / administratifs, entre hôpital / médecine de ville) et la difficulté à mettre en place certains axes du PMSP, n'est pas entretenu par les modes de financement à l'activité (Tarification à l'Activité ou T2A).

La tarification au parcours pourrait amener un décloisonnement des professionnels pour des modes de travail plus collaboratifs, comme ceux qui existent déjà autour des PEC des malades (Cf. le travail en réseau, la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), le dispositif PAERPA (Parcours de santé des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie) ou encore le PRADO pour les pathologies chronique, la chirurgie et la maternité).

Au total, au cours de la réalisation de ce mémoire, nous nous sommes aperçus que les relations Directeur des soins / équipe d'encadrement (cadre supérieur de santé et cadre de santé), que nous pensions fragilisées, peut-être même distendues dans le contexte actuel

de restriction économique, se révèlent au contraire, axées sur la confiance, pour permettre l'évolution des soins, l'amélioration des dynamiques de travail et des modèles de prise en charge.

Nous serions alors à l'aube d'une étape intermédiaire où les Directeurs des soins du GHT doivent investir une dynamique partenariale basée sur l'écoute, l'échange et la confiance pour « **Réformer le système de santé pour les cinquante prochaines années, mieux prévenir, se centrer davantage sur le patient et sur la qualité du soin**<sup>109</sup> ».

---

<sup>109</sup> Discours du Président de la République le 18 septembre 2018



---

# Bibliographie

---

**Textes réglementaires** disponibles sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

**Lois :**

- Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale. Loi n°70 -1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. JO du 3 janvier 1971
- Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal Officiel (JO) n°179 du 2 août 1991
- Ministère de la Santé et des Sports. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO n°0167 du 22 juillet 2009
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JO n°0022 du 27 janvier 2016

**Ordonnances :**

- Ministère du travail et des affaires sociales. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JO n° 98 du 25 avril 1996
- Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Ordonnance N° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. JO n° 102 du 3 mai 2005
- Ministère du ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et Ministère de la santé et des sports. Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la Loi HPST. JO n°0047 du 25 février 2010

**Décrets :**

- Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière modifié par le décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014. JO n° 0007 du 9 janvier 2014
- Ministère de la santé et des sports. Décret n° 201-439 du 30 avril 2010 relatif à la Commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé
- Ministère de la santé et des sports. Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques dans les établissements de santé

## **Circulaires :**

- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. CIRCULAIRE N°DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM

## **Ouvrages**

- **BARUS-MICHEL J. ENRIQUEZ E. LEVY A.** 2002 « *L'identité. Vocabulaire de psychosociologie, références et positions* ». ERES. 640 pages
- **CARLIER A.** 2016. « *Management des projets collaboratifs. Construire, développer, mettre en œuvre* ». Afnor Éditions.
- **CROZIER M et FRIEDBERG E.** 1977. « *L'acteur et le système* ». Éditions du Seuil. 436 pages
- **DEBOIS F. GROFF A. CHENEVIER E.** « *La boîte à outils de la créativité* ». Éditions 2017. DUNOD. 192 pages
- **DE KETEKE JM.** 2015. « *Méthodologie du recueil d'informations. Méthode en Sciences Humaines* ». 5<sup>ème</sup> Ed. De Boeck supérieur. 199 pages
- **DULUC A.** 2013. « *Leadership et confiance : jouer collectif, parler vrai, être humain* ». 3<sup>ème</sup> édition. Paris. DUNOD. 251 pages
- **FOUDRIAT M, BARREYRE J.Y.** 2016. « *La co-construction : une alternative managériale* ». Presses de l'EHESP. 193 pages
- **GAGNON YC.** 2012. « *Réussir le changement. Mobiliser et soutenir le personnel* ». Presses de l'université du Québec. 136 pages.
- **MINTZBERG H.** 1984. « *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre* ». Eyrolles Éditions Organisation. Références – Poche. 283 pages
- **RAYNAL S.** 1996. « *Le management par projet* ». Les éditions d'organisation. 262 pages
- **ROBIN P.** 1991 "How to plan and implement a Peer Coaching Program". ERIC. 78 pages
- **SAINSAULIEU R.** 2014 « *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation* ». Presses des Sciences Po. 4<sup>ème</sup> éditions. 604 pages
- Systèmes de management de la qualité. Principes essentiels et vocabulaire. Norme internationale Iso 9000. AFNOR. Éditions 2015. 59 pages
- **ZAÏBERT GRESSELLE O.** 2007. « *Vers l'intelligence collective des équipes de travail : une étude de cas* ». Management Prospective Ed. CAIRN Info. 59 pages.

## Périodiques

- **CALAIS C.** 2010. « *Directeur des Opérations, le chef d'orchestre* ». Supply chain Magazine. pp. 62-65
- **CHAPUIS C. BUORS C. LAY-COMBES L.** Janvier 2017. « *Et si l'intelligence collective contaminait l'hôpital ?* ». Gestions hospitalières n° 562. pp. 22-24
- **DURAND V, MINVIELLE E, OLLIVIER R.** Décembre 2017 « *Un an après, les facteurs de réussite du GHT* ». Gestions Hospitalières n°571. pp. 638-645
- **GIQUEL C, CORTI F, WATSON C et al.** Septembre 2016. « *Les GHT. Une coordination nécessaire* ». Soins Cadres. N°99. pp. 15-46
- **KANITZER C.** 2018 « *Impact du GHT sur les pratiques managériales* » La revue des cadres de santé Hors-Série. Objectif SOINS. Management. pp. 8-10
- **LAGADEC. A.M.** 2017. « *Les directeurs des soins se projettent dans l'avenir* ». Soins cadres. N°103.
- **LEMASCON P. et BILLOT N.** Septembre 2017. « *La collaboration entre le directeur des opérations et le directeur des soins* ». Soins Cadres n° 103. pp. 29-31
- **LEROY C.** Mars Avril 2018. « *Le Directeur des soins et le GHT. Une ressource entre les enjeux identitaires, stratégiques et politiques* ». Techniques hospitalières. La revue des technologies de la Santé. pp. 43-46
- **MARECHAL A.** Février 2018. « *Le cadre de santé, moteur du GHT* ». Gestions hospitalières. n° 573. pp. 120-121
- **MARTIN L. DIVAY S ; CASSIAU F et al.** Mai/Juin/Juillet 2015. « *Promouvoir le collectif cadres. Construire un collectif de pairs* ». Soins cadres n°94. pp. 15-43
- **MISPELBLOM BEYER F.** Septembre 2016. « *Les défis de la coopération* ». Soins cadres n° 99. pp. 21-25
- **SALMON K.** 2012 « *Du comité de direction au manager de proximité. Quel management pour demain ?* ». Étude Humania Management. APEC. Cercle Humania.
- **ZIMMERMANN J.F.** Mai 2017. « *Directeur des soins /Coordonnateur des soins et GHT : la fonction dans une dimension élargie* ». Gestions hospitalières n° 566. pp. 292-297

## Rapports

- Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé. Mars 2014. Rapport des Conférences hospitalières.  
Définition du Ministère des Solidarités et de la Santé.

- Direction des Affaires Juridiques. « Rapport des conférences hospitalières ». Disponible sur Internet. [Visité le 25/07/18] <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-des-conferences-hospitalieres-bilan-et-evaluation-du-fonctionnement-des-poles-dans-les-etablissements-de-sante-mars-2014/> p. 14
- Groupements Hospitaliers de Territoire et Santé Publique. Collection Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique. 13 mars 2017.
- HUBERT J. MARTINEAU F. Février 2016. Mission Groupements Hospitaliers de Territoire [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_final\\_mission\\_hmdefmodifsdd\\_efv150316.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_mission_hmdefmodifsdd_efv150316.pdf). Visité le 04/04/18
- Idées clés pour le projet de soins partagé. Groupement hospitalier de Territoire. Disponible sur Internet. [Visité le 04/04/18] [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_idees\\_cles\\_psp\\_2017.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_idees_cles_psp_2017.pdf) p. 5.
- Ministère de la Santé et des Sports / ANAP. « La Loi HPST à l'hôpital. Les clés pour comprendre »
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Disponible sur internet. [Visité le 04/06/18]. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_hpst\\_la\\_communaute\\_hospitaliere\\_de\\_territoire.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_hpst_la_communaute_hospitaliere_de_territoire.pdf).
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur internet. [Visité le 28/06/18] <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/>
- Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie Nationale de Santé 2018–2022. Disponible sur internet. [Visité le 25/07/18] [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf)
- Ministère des solidarités et de la santé. Juillet 2017. « *Vade-mecum. GHT Mode d'emploi. 15 Points Clés* ». Disponible sur Internet [Visité le 04/04/18] <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght> Page 8
- Pôles inter-établissements Disponible sur internet. [Visité le 07/07/18] [www.ministeredessolidaritesetdelasante.fr/](http://www.ministeredessolidaritesetdelasante.fr/)
- Rapport final de la mission Cadres Hospitalier. Propositions. 11 septembre 2009 Disponible sur Internet. [Visité le 07/07/18] <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly>
- Référentiel de compétences des Directeurs des soins.
- « *Les GHT un an après* ». Juin 2017. Disponible sur internet. [Visité le 07/07/18] <http://www.smpsante.fr/actualites/smps/sondage-ifop-groupements-hospitaliers-de-territoire-an-apres-perception-negative-directeurs-cadres-hospitaliers/>

## **Sites Internet**

- APM International. Janvier 2017 « *Les GHT privilégient la mise en place d'un projet « médico-soignant » partagé* ». Disponible sur internet. [Visité le 06/07/18]  
<https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/ght-projet-medico-soignant-partage.html>
- BENQUE B « *Quel positionnement pour le cadre supérieur de santé en GHT* ». Disponible sur Internet. [Visité le 03/07/18]  
<https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/article/les-postures-du-bon-cadre-superieur-de-sante-en-ght/>
- FOUGERAT F. 2013. Disponible sur internet. [Visité le 29/07/19] « Management : Comment développer le sentiment d'appartenance ? ». archives.lesechos.fr/archives/cercle/2013/02/12/cercle\_65392.htm
- HARDY-BAYLE MC. PRADE I. « *Coordination, partenariat, coopération entre professionnels de santé : la question des réseaux de santé en psychiatrie* » Disponible sur internet. [Visité le 17/08/18] <https://www.rpsm78.com/pdf/Article%2037-956-A-15.pdf>. 23 pages
- HAS. « *Chemin clinique* ». Juin 2017 Disponible sur internet. [Visité le 07/07/18] <https://www.has-sante.fr/portail/>
- « L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie » [www.ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr)

## **Support de cours**

- ANDREASEN, Marketing social change, 1995. Intervention de Karine GALLOPEL-MORVAN, Professeure des Universités, EHESP. *Le Marketing social*. Séminaire commun Santé Publique Janvier 2018)
- « *Collaboration / coopération. Pédagogie dans l'enseignement supérieur* » <https://noodle-admin.parisdescartes.fr>
- Cours Marketing. ISEFAC Lille. 1<sup>ère</sup> année



---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : Préconisations pour la mise en place de la CSIRMT de groupement et proposition d'avenant pour la CSIRMT du GHT

**Annexe 2** : Guide d'entretien

**Annexe 3** : Grille d'analyse des entretiens de l'encadrement

**Annexe 4** : Grille d'analyse des entretiens des Directeurs des Soins

**Annexe 5** : Grille d'analyse des entretiens des Présidents de la Commission Médicale d'Établissement



## Annexe 1 : Préconisations pour la mise en place de la CSIRMT de groupement et proposition d'avenant pour la CSIRMT du GHT

Pour plus de visibilité sur le rôle de cette instance, la **renommer « commission paramédicale de territoire »**

Pour plus de souplesse de fonctionnement et de réactivité, **privilégier une composition resserrée**

Pour garantir la vitalité de cette instance, **prévoir un rythme de réunion fréquent**

Pour articuler cette instance avec l'objet du GHT, **définir un socle de compétences lié à la mise en œuvre du projet médico-soignant du GHT.**

Ces préconisations trouvent leur traduction dans le modèle suivant d'avenant à la convention constitutive du GHT.

---

### PROPOSITION D'AVENANT POUR LA CSIRMT DU GHT

Ajouter dans les visas de la convention constitutive, les références des délibérations de chaque CSIRMT

Article n° X : Commission paramédicale de territoire de santé

#### DENOMINATION

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques du GHT est dénommée **COMMISSION PARAMEDICALE DE TERRITOIRE.**

#### Missions / attributions

Conformément aux délibérations des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques des établissements parties au groupement, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques de groupement, dénommée commission paramédicale de territoire, **est consultée** sur [RAYER MENTIONS INUTILES] :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- 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 des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques
- La politique de développement professionnel continu.

Conformément aux délibérations des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques des établissements parties au groupement, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques de groupement, dénommée commission paramédicale de territoire, **est informée** sur [RAYER MENTIONS INUTILES] :

- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 ;
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques de groupement est également consultée pour avis sur :

- Le projet de soins partagé du groupement et son articulation avec les projets de soins des établissements parties ;

- L'accompagnement et l'engagement des équipes paramédicales dans la mise en œuvre des filières de soins graduées ainsi que l'organisation et le suivi des parcours de soins coordonnés prioritairement définis dans le projet médical partagé et le projet de soins partagé ;
- La politique d'encadrement des étudiants en discipline paramédicale en stage en lien avec la coordination des instituts de formation paramédicale au niveau du groupement hospitalier de territoire.
- La contribution et le soutien à la politique qualité, de sécurité des soins et de gestion des risques à l'échelle du groupement hospitalier de territoire, en lien avec l'expression des usagers ainsi que l'engagement dans les dispositifs d'évaluation et de certification nationaux ;
- La politique et le développement de programmes et d'actions de recherche paramédicale et d'innovation en santé au niveau groupement.

Composition de LA COMMISSION PARAMEDICALE DE TERRITOIRE
---

[Deux options proposées, en fonction des périmètres des GHT, pour limiter le nombre de membres à 15 titulaires et 15 suppléants maximum – RAYER LA MENTION INUTILE]

[OPTION 1 : le GHT compte au maximum 5 établissements parties]

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de groupement, dénommée commission paramédicale de territoire est composée :

- des présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques des établissements parties,
- d'un représentant par collège et par établissement partie, soit trois représentants par établissement partie ; chaque représentant est désigné par chaque collège visé à l'article R. 6146-11 du code de la santé publique, à la majorité des voix des membres du collège concerné, pour chaque commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques d'établissement.

Participent aux séances avec voix consultative :

- le coordonnateur des instituts de formation paramédicale rattachés aux établissements de santé du groupement hospitalier de territoire,
- un représentant des étudiants de troisième année désigné par le coordonnateur des instituts de formation paramédicale,
- un représentant de la commission médicale ou du collège médical désigné par le président de la commission médicale ou du collège médical du groupement hospitalier de territoire,
- un représentant des usagers choisi parmi les membres de la commission des usagers ou du comité des usagers,
- toute personne qualifiée pouvant être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président (*médecins, directeurs, usagers, sages-femmes, psychologues, personnel socio-éducatif*)

[OPTION 2 : le GHT compte entre 6 et 10 établissements parties]

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de groupement, dénommée commission paramédicale de territoire, est composée :

- des présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques des établissements parties,
- de deux représentants par établissement partie, désignés parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de l'établissement, par la majorité des voix des membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de l'établissement partie concerné.

Participent aux séances avec voix consultative :

- le coordonnateur des instituts de formation paramédicale rattachés aux établissements de santé du groupement hospitalier de territoire,
- un représentant des étudiants de troisième année désigné par le coordonnateur des instituts de formation paramédicale,
- un représentant de la commission médicale ou du collège médical désigné par le président de la commission médicale ou du collège médical du groupement hospitalier de territoire,
- un représentant des usagers choisi parmi les membres de la commission des usagers ou du comité des usagers,
- toute personne qualifiée pouvant être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président (*médecins, directeurs, usagers, sages-femmes, psychologues, personnel socio-éducatif*)

#### [OPTION 3 : le GHT compte plus de 10 établissements]

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de groupement, dénommée commission paramédicale de territoire, est composée :

des présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques des établissements parties,

- d'un représentant, par établissement partie, désigné parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de l'établissement, par la majorité des voix des membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de l'établissement partie concerné.

Participent aux séances avec voix consultative :

- le coordonnateur des instituts de formation paramédicale rattachés aux établissements de santé du groupement hospitalier de territoire,
- un représentant des étudiants de troisième année désigné par le coordonnateur des instituts de formation paramédicale,
- un représentant de la commission médicale ou du collège médical désigné par le président de la commission médicale ou du collège médical du groupement hospitalier de territoire,
- un représentant des usagers choisi parmi les membres de la commission des usagers ou du comité des usagers,
- toute personne qualifiée pouvant être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président (*médecins, directeurs, usagers, sages-femmes, psychologues, personnel socio-éducatif*)

Le président du comité stratégique arrête la liste des membres composant la commission.

#### Fonctionnement

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de groupement, dénommée commission paramédicale de territoire, se réunit au minimum trois fois par an.

Elle est convoquée par son président. La convocation est de droit à la demande du président du comité stratégique du GHT, ou de la moitié au moins de ses membres, ou du directeur général de l'agence régionale de santé.

L'ordre du jour de la séance est communiqué aux membres au moins sept jours avant la tenue de sa séance.

Le président de la commission peut décider de désigner un bureau chargé de :  
Préparer les ordres du jour

- Élaborer les comptes rendus de séances, les valider et les faire parvenir dans un délai de quinze jours :
  - Au président du comité stratégique du groupement,
  - Aux membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de groupement,
  - Aux commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques des établissements parties au groupement,
  - Aux présidents des directoires des établissements publics de santé parties au groupement.
  - Au président du collège ou de la commission médicale du groupement.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de groupement peut engager des réflexions et constituer des groupes de travail permettant d'éclairer les décisions, notamment celles en lien avec le projet de soins partagé.

## Annexe 2 : Guide d'entretien

Bonjour, je suis élève directeur des soins en formation à l'EHESP. Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien dans le cadre de mon mémoire professionnel de fin de formation.

Mon travail de recherche a pour thème « **Le rôle du directeur des soins dans la mise en place des PMSP** ».

L'objet de cette rencontre est de connaître votre point de vue et votre position quant à la mise en œuvre du PMSP ainsi que votre degré de participation à ce jour.

Cet entretien, d'une durée d'1 heure environ, sera anonymisé. Si vous êtes d'accord il sera enregistré.

👉 : Ne pas citer la question de départ : « **En quoi l'appropriation du PMSP par l'encadrement permet-il aux DS du GHT de déployer une stratégie de soin sur l'ensemble du territoire ?** »

Pouvez-vous me préciser :

- La place de votre établissement dans le GHT ? (Établissement support ou partie → participation différente des équipes / DS au PMSP ?)
- Votre fonction au sein du GHT (existe-t-il une différence dans l'appropriation si le DS coordonne le PMSP ou pas) ?
- Votre ancienneté au sein de votre établissement (est-ce que c'est le DS qui a participé à la mise en place du PMSP ou s'est-il approprié un projet déjà existant ?)
- Votre ancienneté dans ce métier (est-ce que l'ancienneté a une influence sur l'appropriation du projet) ?
- Nombre de Cadre sup dans l'équipe ? (Taille de l'établissement) et nombre de cadres ?

Hypothèse	Questions Entretiens semi-directifs	Observations à mener
<b>1</b> <b>La politique managériale du DS influence l'appropriation du PMSP par les équipes d'encadrement</b>	Quelle méthodologie avez-vous (a été) utilisé(e) pour bâtir / élaborer le PSP ? Stratégie adoptée Approche développée Organisation mise en place Comment avez-vous identifié les thématiques et le pilotage ? Priorisation des axes de travail Coordination des groupes de travail Réussit à faire / obtenir la participation des acteurs Selon le modèle d'organisation retenu : quel feed-back est mis en place au niveau du GHT pour permettre une implication des personnels (ou des équipes d'encadrement ?) aux axes identifiés ? Au niveau du GHT ? Au niveau de votre établissement ?	<b>Réunion ou CR de réunion de travail du PMSP</b>  <b>CSIRMT / CSIRMT GHT</b>

<p style="text-align: center;"><b>2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Le Directeur des soins peut utiliser le PMSP comme outil d'accompagnement du changement</b></p>	<p>Percevez-vous des modifications dans le travail de l'encadrement ?  Implication de vos collaborateurs  Avez-vous identifié des acteurs sur lesquels vous pouvez vous appuyer (rôle du DS) pour accompagner la démarche / le changement  Qu'est-ce que vous avez perçu comme changement dans le travail de la Direction des soins depuis la mise en place du GHT ?  Gestion du changement : rôle du DS pour maintenir la cohérence des actions  Capacité de changement : rôle du DS pour que chacun porte le changement  Avez-vous réussi à lever des freins à des actions que vous souhaitiez mettre en place grâce au PMSP ?  Analyse d'impact sur les soins paramédicaux  Effets annexes de la mise en place du PMSP</p>	<p style="text-align: center;"><b>PMSP</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>3</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Le PMSP peut être un levier pour permettre au DS d'adapter l'offre de soins aux besoins du territoire</b></p>	<p>Pensez-vous que le PSP vous permet d'ouvrir de nouvelles perspectives de soins pour votre établissement ? Pour le territoire ?  Va-t-il vous permettre de relever certains défis pour les années à venir ? si oui lesquelles ? si non ? pourquoi ?</p> <p>Comment vous réussissez à mobiliser les équipes pour les relever (analyser le leadership) ?</p> <p>Est-ce que le PSP a modifié les habitudes de travail de l'encadrement (dépasser les freins) ?  Vous permet-il de créer de nouveaux espaces d'échanges entre professionnels (se projeter dans la démarche) ?</p>	<p style="text-align: center;"><b>Observation des axes du PMSP et participation CSIRMT</b></p>

### Annexe 3 : Grille d'analyse des entretiens de l'encadrement

Grille d'analyse des entretiens des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé		
	Opportunité	Menace
PSP versus PMP	Rencontre des DS et groupe de travail pour définir les axes du PSP	L'ARS n'a même pas pris la peine de lire notre projet
	Positionnement des axes du PSP après le PMP et reprise des axes du projet médical car travail fait	Il faut réactiver les liens avec les équipes médicales, ils sont forcément dans une démarche qualité
	Je le vois plus en termes de mutualisation de compétences sur plusieurs établissements	Du côté médical, il n'y a rien de concret pour l'instant
	On s'est réparti le travail en fonction de nos spécificités et on réinjecte dans un doc. unique	Le projet est officiellement validé et maintenant on attend une réunion de travail
	Les 2 doivent faire sens et porter les mêmes valeurs	Ce qui pose soucis, c'est la distance géographique, on ne connaît pas les acteurs
	Identifie le qui fait quoi	Mise en place d'une organisation très pyramidale
	Outils d'échange de pratiques, d'amélioration de la qualité	Outil qui peut vivre si le DS et le PCME le partage
	On est parti des parcours patient	Pas d'implication des soignants car trop tôt
	décloisonner les service et apprendre aux agent à ne pas être centré sur une unité	
	Ca passe par une autre culture d'entreprise	
	Le PSP doit être porté et mettre en avant les actions des soignants	
	Il faudrait faire un état des lieux sur la démarche qualifiée	
	Les médecins sont pris sur tous les fronts, ils ont besoin de l'aide méthodologique des cadres	
	Avec certains (PCME), c'est que du bonheur.	
	Je pense que c'est un PMSP mais je n'en connais que la version paramédicale.	
	Les thématiques choisies sont porteuses et permettent à chaque soignant de s'identifier au projet	
	C'est le patient qui nous rassemble	
	Ce n'est pas quelque chose de totalement différent de ce qu'on faisait avant.	
	Ne plus être dans la méconnaissance du travail de l'autre	
	Partager les expériences avec les médecins, la hiérarchie et les professionnels	
Amène un attrait pour les professionnels à venir travailler dans d'autres secteurs du soin		
Groupe de travail en fonction des appétences et des sensibilité		
Faire en sorte que l'outil soit consensuel et puisse être utilisé par tous au quotidien.		

Participation	J'ai pu participé à la réalisation de certaines filières	A la dernière CSIRMT même pas la moitié des établissements se sont faits représentés
	1 pilote par filière a été nommé, il était autonome dans les objectifs à mener	Les groupes de travail sont actuellement à l'arrêt car actualité de l'établissement "chaude"
	Culture GHT de plus en plus pregnante par les fonctions mutualisées	Plus les réunions avancent et moins d'établissements qui interviennent donc c'est difficile
	Nous aujourd'hui en tant que CSS on n'est pas très impacté par le GHT, c'est plus les médecins	Nécessité pour nous de comprendre l'intérêt et l'impact des objectifs mis en place
	Le format de travail en GHT est extrêmement intéressant par rapport aux CS et CSS	Il y a une discordance car le chef de service est partant mais pas le reste des médecins
	On a co-construit un projet entre le DS et les CSS, en lien avec les cadres	Nous, le GHT c'est loin, y'a bien des réunions de travail mais juste autour des objectifs économiques à mener
	Je m'inscris dans la dynamique de l'institution t	Y'a eu aussi une réunion pour mettre en place le dossier patient partagé avec la ville mais on n'a pas été convié
	J'ai du respect pour le travail réalisé et je suis fière du travail à mettre en place	Si parfois, on nous demande de participer pour combler la pénurie médicale
	Moi j'ai la chance de participer ici à un collège cadre, dans une dynamique qui permet de s'investir professionnellement	Nous aurions bien fait des propositions car nous avons une certaine expertise mais là, cela n'a pas été le cas
	Un projet GHT peut améliorer la QVT par l'amélioration de la connaissance du travail de l'autre et pour le patient, cela ne peut être que bénéfique, car tout le parcours va être réfléchi de l'entrée jusqu'à la sortie, d'où réduction des risques par la mise en place de partenariat	Si on veut avancer dans la vie il faut savoir où on va
	Potentialise les capacités des uns et des autres	Etre certain que tous ceux qui voulaient être investi ont pu participer
	Cela amène à identifier les besoins de santé, mieux les prendre en charge en apportant une réponse collaborative et réfléchir à des modes d'actions innovantes	Les parcours patient sont une vision très médicale des PEC donc nécessité d'avoir les soignants pour identifier les risques et mettre en place des plans d'action
	Un collectif peut être créé sur un territoire, c'est pas utopique. On peut sentir appartenir à un collectif tout en travaillant dans un établissement	
L'autonomie met une certaine pression. Elle ne veut pas dire isolement. Cela veut dire qu'on nous fait confiance pour remplir un objectif et ça, c'est valorisant		
la place au collectif de travail et le retour à l'investissement des professionnels.		

Interaction	Le DS délègue aux CSS qui participe un peu plus à cette réalisation	Pas d'interaction avec le PCME
	On pense différemment car les PH vont faire de plus en plus de consultations avancées	Pas d'initiative pour sortir du projet sinon cela aurait mal perçu par l'équipe médicale
	On pense que cela va améliorer les liens et les sorties des patients mais pour l'instant, c'est pas mis en place	Pas de valorisation des axes paramédicaux
	Je fais partie de la CSIRMT du territoire qui permet de mettre en commun les activités et de mieux connaître les équipes	Beaucoup de groupes dépendent du coordonnateur médical et ils n'avancent pas
	du projet. On leur dit qu'il va y avoir un groupe de travail mais il n'est pas mis en place	Seules les DS se sont réunies, elles n'ont même pas invitées les FFDS, les CSS et les Cadre
	Sur chaque groupe co-pilotage DS/Médecin	On n'a pas eu de retour
	Encadrement et professionnels positionnés sur la base du volontariat	Il faut s'écouter, travailler ensemble, ne pas être rivaux comme cela arrive encore parfois. On n'est pas des boîtes concurrentes
	Représentation du personnel infirmier par rapport au volume des soignants dans les hôpitaux mais relais au niveau des unités	Si c'est faire un projet pour remplir des pages, je vais le faire mais moins volontiers que si je peux échanger avec d'autres personnes, si je suis sur le terrain et que je sais que cela va apporter aux patients
	Je pense que la qualité va obliger les médecins à travailler avec les paramédicaux. Il va falloir faire converger les pratiques et il n'y parviendront pas sans les DS	
	Y'a une CSIRMT de territoire mais pour l'instant, rien n'a été mené pour que l'on s'implique	
	On a eu une formation sur impulser le changement qui nous a permis de mieux travailler ensemble	
	On a eu une formation sur le leadership qui nous a permis de mieux nous connaître et de nous éclairer sur l'opérationnalité de nos fonctions. Depuis, je m'organise autrement et je trouve cela passionnant	
	On peut être un CS à l'intérieur d'un GHT et être épanouie et trouver du sens à son travail. Les équipes ont besoin de comprendre cela	
	Moi, je me dis qu'il faut y aller, je ne mettrais aucun frein et je ferai tout pour que cela marche	
Aujourd'hui on est plus dans un partage, un échange de pratique.		
J'espère qu'on pourra garder notre identité tout en travaillant dans une dynamique de co-construction		

Travail DS	Ici on est impliqué, c'est jamais imposé. L'information passe, elle n'est pas donnée, distribue un peu comme la bonne parole. Ici on se sent impliqué et reconnu. On a des objectifs à remplir mais on connaît toujours le retour de notre travail	Je tire mon chapeau au coordonnateur qui sera sur plusieurs sites, il y aura intérêt d'uniformiser les PEC et d'avoir une union dans le CSS
	Le fait d'avoir un Coordonnateur de filière ou de territoire peut permettre de porter le projet	Le DS de l'établissement est trop occupé alors le PMSP passe après
	Doit permettre de maintenir le cap et une union avec l'ensemble des acteurs	Il s'est déplacé un peu au début et puis ça s'est arrêté
	Ce n'est pas une "petite main" pour réaliser les choses que certains ne veulent pas faire	Je pense qu'aujourd'hui il y a beaucoup de freins au changement et que chacun veille sur son petit territoire
	Le DS de notre établissement nous a donné les outils pour mieux nous approprier les parcours	d'une table pour se mettre d'accord sur les priorités de travail du projet, ce ne sont pas les CSS qui pourront le
	DS porte les valeurs et est à l'écoute des problématiques des CSS	
	Management qui permet de solliciter les cadres les plus réticents à la démarche	
	Doit faire de la pédagogie	
	Place centrale dans le GHT	
	CSIRMT = instance pour travailler sur les pratiques communes	
	Faire converger le projet vers un travail concerté	
	pouvoir mettre en place des protocoles de coopération pour offrir des soins sur tous le territoire	
	le coordonnateur de l'établissement, prendre appui sur eux pour mobiliser les équipe	
	Il faut maintenir un DS dans chaque établissement	
	mais pas avoir de DS, c'est pas grave. Pour les paramédicaux, si c'est grave.	
	du soin. Le DS est un élément indispensable pour avoir une vision globale du soin	
	commune voire même une direction commune, est-ce que ce ne serait pas cela qui manque ?	
	Le DS doit impulser un nouveau format de travail	
	La DS doit être bien implantée et reconnue pour pouvoir porter un projet reconnu par tous	
	Le DS doit être transparent, accessible et ne pas être isolée	
	Pouvoir avoir un espace de parole et d'écoute, sentir faire partie d'une équipe	
	Valeurs que le DS doit porter : transparence / équité / autonomie avec un souci de rendre compte	
	Avoir une vision à moyen et long terme et replacer le patient au coeur des priorités	
	La DS nous tient informée lors des réunions de CSS sur les axes de travail ciblé	
	direction à suivre et on y va. Moi, une fois que j'ai l'objectif à atteindre, je peux me mettre en action. Mais il doit venir du	
	Moi, je ne fais rien sans l'aval de mon DS	
service ou si on allait devoir être cadre sur des filières de PEC. Le système de santé évolue. On s'y inscrira. On est		
Si je ne trouve plus de sens à ma mission, je verrais ce que je ferais.		
seule ne valorise aucun pôle, aucune activité. Le PCME qui vient d'un secteur, a tendance à valoriser son activité. Il		
La DS me donne de l'autonomie		
C'est un relais. Elle représente l'établissement quand elle va en réunion et plus tard, elle redescend l'information que l'on doit connaître		
Elle nous informe et cela nous rassure		
Ce qui nous inquiète plus qu'un changement de Directeur, c'est quand le DS pojet de quitter l'établissement. On se demande qui va venir et comment cela va être organisé		
actions à mener à court, moyen et long terme. Elle coordonne l'amont et l'aval.		
Le DS repositionne les personnalités de chacun et valorise les projets et les actions de chacun		
Il collabore avec l'hôpital support mais jamais il n'apporte de regard critique aux actions proposées		
Elle fait le lien entre les projet. Ça pour moi, c'est super important.		
Il crée un collectif au travail pour que l'on soit plus performant. Il est présent dans le collectif cadre car c'est lui qui a impulsé la dynamique. Du coup j'essaye de reproduire cela avec mes équipes sur le terrain		
Il faut être en capacité de solliciter les hommes capable de conduire le changement, de rendre les gens autonomes		
Pour moi, la proximité de mon DS permet un management dans la confiance.		

## Annexe 4 : Grille d'analyse des entretiens des Directeurs des Soins

Méthodologie	<p>Séminaire prévu mais aucun groupe de travail mis en place  pas de rencontre entre l'équipe médicale et la coordination des soins  Cible axe prioritaire chacun de son côté  Mais l'établissement a appelé le projet PMSP mais en fait, le projet n'a pas du tout été construit avec les soignants  Le projet n'est pas construit mais je pense que c'est une question d'hommes  Certains groupes mené par des AAH</p>
	<p>Concertation en contrat autour de grandes thématiques. Travail sur les forces et les faiblesses  Réunion DS / PCME pour faire émerger les problématiques soignantes  Objectif : travail autour de thématiques communes et faire quelque chose de très opérationnel  Ensuite les DS ont soumis ces thématiques aux CSS et CS en réunion dans chacun de leur établissement  Validation en COSTRAT 1r état d'avancement  Détermination des groupes de travail en identifiant des fiches projet  Répartition des thématiques par compétences  Détermination d'un co-pilotage DS / PCME  Mise en place d'un échéancier</p>
	<p>Un an pour écrire le projet. Travail au départ avec les médecin. Puis j'ai été nommé coordinateur des soins du GHT et j'ai demandé que soit inscrit le nom des soignants qui participaient. Les médecins n'ont pas souhaité avoir tout de suite la participation des soignants car leur projet n'était pas suffisamment mur, réfléchi. Il fallait donc qu'ils travaillent de leur côté. J'ai dit au PCME que c'était pas bien que je respectais sa position. Il m'a répondu de revenir vers moi dans quelques mois. Donc on a écrit le projet et les filières de notre côté. Les médecins se sont faits aidés du CNEH. Nous, il n'y avait plus de sous alors on sait débrouillé. On a fait des logigrammes en utilisant la démarche qualité. On a déterminé 13 filières et comme nous étions 11 établissements, chacun en a étudié une. Sauf moi et ma collègue du CHU qui en avons eu 2 à faire. On a mis en place des groupes de travail et quand on a eu fini j'ai transmis notre projet au PCME. On s'est aperçu qu'on était sur la même longueur d'ondes mais qu'on avait pensé à des éléments qu'ils avaient occulté</p>
	<p>Dans un monde idéal, j'aurais souhaité plus de participatif et de participation mais dans le créneau imparti, je pense que l'on a bien fait. L'enjeu maintenant c'est d'incarner et de faire vivre. On a proposé des objectifs SMART</p>
Travail en lien avec le PCME	<p>difficulté de pouvoir travailler ensemble  élément imposé par le DH et le PCME  on te croise et on te dis "tiens au fait tu peux travailler là-dessus"</p>
	<p>Il faut qu'on arrête d'attendre que les autres nous légitime et de nous excuser d'être là. Aujourd'hui, je suis désolé mais le PSMP montre une scissure entre le PMP et le PSP, c'est un retour en arrière. C'est le groupement qui a remis cette scissure et c'est vraiment dommage. Nous, en tant que DS, il faut y croire et réussir. motiver les équipes. Il faut être un leader positif. Je donne de la lisibilité, un cap. Je vais partout. Je présente les axes du PSP au PCME ou au collège médical et je lui demande de les porter avec moi. Ensuite, il vient à la CIRMT, en réunion de cadre. On travaille ensemble. En CSIRMT, je demande l'avis des soignants. Je commencerai par faire un benchmark sur les établissements où les PMSP fonctionnent bien et reproposerai des groupes de travail pour décortiquer les modèles et nous l'approprier avec les médecins</p>
	<p>On a rattaché tardivement le PSP au PMP sur ce GHT. J'avais pris la main en proposant que l'on puisse déjà se rencontrer et de travailler ensemble. On a fait 4 réunions. Et puis un jour, on a une espèce de remontée des médecins nous disant "mais qu'est ce que c'est que ces soignants qui viennent se mêler de ce qui ne les regarde pas et voilà, il y a eu une mise au point à ce moment-là et à partir de là, on en travaillé séparément, nous en nous rattachant au projet médical, mais c'est dommage, car au moment du choix des filières, les DS n'ont pas été intégrées au groupe de travail. Mais bon, après ce démarrage poussif, on a réussi à intégrer chacun des plots et des copilotes médicaux alors que les soignants participaient aussi.</p>
	<p>Réalisation d'un poster prévu  Réponse au coup par coup</p>

Communication avec les équipes	<p>Mise en place d'immersion, de visites. L'ouverture à l'autre. Pouvoir participé aux journées thématiques, journées portes ouvertes, aux manifestations des structures du médico-social Je donne du poids aux CSS et aux CS et je prône le travail ensemble, dans le cadre d'une relation gagnant / gagnant C'est très porteur pour la QVT.</p> <p>On a appris à se connaître, à travailler ensemble et cela a été très participatif. Mai j'avoue, je le dis, aux instances, j'ai du être très directive et si j'en étais pas passé par là, on n'y serait pas arrivé. J'ai proposé des groupes de travail de 10 personnes par filières mais tout le monde n'était pas présent. Je fais un point systématique aux instances et en réunion de CSS. Si c'est confidentiel, je suis sur la retenue, mais dès que c'est validé en instance notamment en cocontrat, je transmets</p> <p>En parallèle, on a travaillé sur ce qui nous concernait en propre... mais on a avancé prudemment. Les soignants se sont vite appropriés la démarche qui parlait de leur quotidien, assez rapidement dans la constitution des groupes. Ils ont fait appel aux compétences des uns et des autres et à la réalité de travail des uns et des autres mais le niveau d'appropriation est variable entre ceux qui ont participé et c'est un reproche aujourd'hui et les autres. Les groupes de travail avancent bien mais y'en a d'autres, c'est plus compliqué. C'est une question de personne et de communication. Le GHT a été clairement pour moi un élan à faire mieux à pouvoir s'enrichir des autres, à pouvoir transmettre ce que l'on fait bien. Sur les projets communs du GHT, on mutualise, et on se réorganise, pour construire des coopérations. Il y aura donc des facilités de mutation qui vont leur permettre d'adhérer au dispositif.</p> <p>L'actualité n'est pas sur les soins paramédicaux. Il ne faut pas que notre projet soit trop ambitieux ou trop large pour que les CSS se saisissent des actions à mener</p>
Sentiment	<p>Les équipes d'encadrement expriment des difficultés car ne comprennent plus à quoi elles servent chose qui se mettent en place sans être coordonnée par le DS J'aimerais travailler plus avec les autres établissements mais il faut surtout que les directeurs aient envie de travailler ensemble parce que là, c'est compliqué Tous les projets sont difficiles à mettre en place. Les hôpitaux parties demandent des ressources à l'hôpital support On demande de s'engager dans une certification commune, ils ont tous refusé Aucun projet ne peut être envisagé de façon stable</p> <p>Projet n'est pas abouti de toute évidence. On en est au balbutiement mais quelques items intéressants ont émergés Professionnels qui font appel aux personnes ressources dans le GHT, d'autres ont des ambitions de mutation, de développement de compétence pour aller voir ce qui se passe ailleurs. Cela a créé très rapidement une émulation. Fondamentalement, le GHT a permis au cadre de s'ouvrir pour accompagner les équipes autrement ou mettre en place une nouvelle dynamique de PEC plus territoriale</p> <p>Je ne me lève pas avec le mot GHT dans la bouche ni ne me couche en pensant GHT. C'est plus dans les organisations, les réflexions... On va se demander si ça vaut le coup de mettre en place tel ou tel type d'organisation pour travailler en concertation avec le GHT. Nos établissements n'ont jamais été aussi proches l'un de l'autre alors qu'il y a encore un an on était en concurrence. Maintenant, on est en synergie et on essaye d'aller dans le même sens. Mais tout est une question de personnes. Si elles portent le projet, y'aura pas de pb. Par contre, si elles mettent des freins, on ne pourra pas y arriver, quoi qu'on fasse</p> <p>J'ai une meilleure connaissance des filières de soins, des atouts des établissements, une envie de travailler ensemble, un réseau plus fourni par contre pas d'impact sur mon travail quotidien. C'est une ouverture à l'autre. On s'y est retrouvé dans la construction du projet médical, soignant et dans les instances. Une reconnaissance ou une valorisation des points forts de chacun et il y en a dans tous nos établissements. Ce n'est pas l'innovation qu'on vise on recherche plutôt la fluidité, un meilleur fonctionnement des parcours patient, de meilleures transmissions de l'information.</p>
Positionnement DS	<p>trop opérationnel alors que depuis le GHT elle devrait avoir une position plus stratégique DS porte le projet : doit mettre en place des groupes de travail pas seulement avec les cadres, mais aussi avec les IDE et les autres professionnels Il faut apprendre à se connaître, se respecter, se faire confiance, ne pas penser que l'un va prendre la place de l'autre L'envie de travailler ensemble avec l'envie d'améliorer l'offre des soins du territoire, les pratiques, ce que l'on construit, qui peut être uniformisé ou réapproprié Je vais essayer de relancer des groupes d'échanges de pratiques en septembre et remettre la CSIRMT de territoire en fin d'année</p> <p>Consensus autour travail DS, de projet commun comme la démarche de certification, l'informatique, la gestion documentaire Meilleure relation de travail, interdisciplinarité avec par ex. Directeur d'institut avec qui on travaille sur le parcours de l'étudiant en stage Je ne sais pas où va le métier des DS. Je pense que si on ne veut pas voir le métier mourir, il faut qu'on arrête de vouloir être des supers surveillantes. La notion de directeur des opérations, directeur des flux voit le jour. On nous fait comprendre qu'on a plus besoin de DS. Parfois les DS sont sous la tutelle des DRH. C'est à nous de nous positionner comme leader au sein du cocontrat, au sein des instances, au sein des commissions, ... On est membre de droit du directoire, à nous de nous positionner comme tel. La vie d'un hôpital est faite de soignants alors on a notre mot à dire par rapport aux orientations stratégiques prises à recentrer sur le terrain, c'est notre job Le patient apparaît peu mais il est toujours présent (dans le dossier patient, les parcours) Il faut toujours mettre en miroir les points abordés en PMP. Ça m'agace quand en cocontrat, il y a juste un petit point à la fin, quand tout le monde veut partir sur le PSP. Aujourd'hui, rien ne nous empêche de travailler autrement même si on est séparé de 100, 110 kms.</p> <p>Le président de la CSIRMT du GHT est en lien avec tous les professionnels et toutes les directions. C'est difficile. Le temps manque car il y aurait pleins de choses à faire. Mais ce poste là est en cohérence avec la stratégie mise en place sur le territoire. Par contre, on a aucune reconnaissance à tout organiser et mettre en place. C'est ce que je regrette car cela avait été prévu par le ministère. C'est énormément d'investissement pour rien même pas un merci. On a parfois des retours de bâton si on ne tient pas les délais.</p> <p>Le GHT est un booster, un déclencheur pour relever des défis mais le nerf de la guerre c'est les sous. La plus grande responsabilité du DS c'est de rendre évident les liens et de les souligner à chaque fois, de montrer qu'ils existent. Ne pas supposer que l'autre en face fait les mêmes liens car ce n'est pas vrai. Il y aura aussi un enjeu sur le recrutement des professionnels.</p>

## Annexe 5 : Grille d'analyse des entretiens des Présidents de la Commission Médicale d'Établissement

<p>Comment les PCME voit le travail avec les DS sur le PMSP ?</p>	<p>Le DS peut accompagner les objectifs sur chaque filière mais aussi les consultants qui ont permis l'écriture du projet          Avant quand seul le binôme DS/PCME existait, et bien le PCME n'existait pas .. La DS décidait de tout : les travaux, les orientations de l'établissement, les affectations de poste. Elle prenait les décisions sans en échanger avec le PCME. Et on sentait les encadrants derrière qui cherchaient surtout à ne pas froisser la DS. Ils allaient toujours dans son sens. Les décisions descendaient et il fallait les appliquer. Les GHT ont modifié cela et on remis les médecins à la tête des GHT. Ils ont maintenant leur mot à dire dans les orientations des action à mettre en place. Du coup, la DS n'avait plus forcément la main sur tout. Ici notre DS travaille à l'ancienne, elle propose seule de son côté des solutions et on se retrouve confronté à une opposition de l'équipe. Je suis content que la hiérarchie ne soit plus aussi verticale. Les cadres et cadres sup ont un peu plus d'autonomie.          Je crains que la DS devienne la DG des soignants alors je lui ai dit : "tu es là pour piloter le projet - ta force c'est de pouvoir faire dhérer les autres DS pour rendre le projet viable et le faire vivre sur notre territoire".          Le rôle du DS c'est de travailler en lien avec le PCME pour suivre et anticiper les projet          Pour moi, il faudrait arriver à construire un binôme comme entre l'infirmière et le médecins au lit du malade. ça doit être un travail d'équipe.          On doit pouvoir s'échapper sur des sujets en interne mais il faut que quand la communication sort, elle soit la même, qu'il y ait consensus et ne pas être dans l'opposition systématique</p> <p>J'ai été un peu vindicatif quand j'ai découvert l'avancement de la partie soin du projet. On n'a pas eu de concertation          on n'a pas pu travailler ensemble pour voir les points qui s'articulent et j'ai découvert qu'il y a des thématiques que l'on aborde absolument pas. Du coup, cela devient un peu gênant parce que le but c'est bien de travailler ensemble mais que l'on soit aussi d'accord sur les thématiques prioritaires .. Or si elles le sont pour les soignants mais pas pour les médecins, cela risque de poser pb.          Ils sont aussi partis sur des thématiques transversales mais elles ne reposent sur aucune filière. Je ne sais pas comment on aura la possibilité d'en faire une démarche territoriale          Est ce que c'est prioritaire, on a déjà des soucis avec les organisations des filières. On ne peut pas tout faire          Sur cette partie, je suis ennuyé car je trouve qu'il est difficile de réunir des personnes aussi hétéroclites et d'essayer de vouloir les faire aller dans le même sens. Je crois beaucoup plus à la solidarité et au travail réalisé par les soignants que ce soit au niveau des DS et des cadres, car ils ont des réponse de terrain. Pour les DS, je crois qu'ils ont une certaine obligation à trouver des solutions et d'améliorer les PEC          Pour l'instant, sur notre GHT, on avance à marche forcée. Les retours que j'ai en tant que PCME, c'est "il faudrait avoir déjà le temps de s'occuper de nos patients avant de pouvoir s'occuper de ceux des autres". L'encadrement est tellement pris par ses contraintes quotidiennes que je peux comprendre qu'il aient du mal à s'intégrer dans ce type de démarche. Les DS ont plus perçu les enjeux car ils savent que de toute façon ils n'ont pas le choix . Vous y allez un peut avec la baïonnette dans le dos, c'est imposé de toute façon, les GHT          Il y a toujours ce comportement fantastiquement égoïste des médecins qui gèrent des truc à leur sauce et très souvent cela retombe sur les cadres. Les DS doivent réussir à piloter et avancer avec tout ça          Je vois de plus en plus une séparation des corps soignants et médical. ça ne va pas dans le bon sens. Beaucoup de mes collègues pensent comme moi          C'est pour cela que j'aimerais bien remettre des temps de rencontre régulier, comme avec le DG par exemple.          Le DS assiste à la CME mais moi, je ne suis jamais invité à la CSIRMT. Je ne comprends pas pourquoi. Il y a quelque chose qui m'échappe. On travaille ensemble normalement.          C'est les DS qui seront le nef de la guerre. Moi je me charge des freins médical. Mais le travail de fourni à mener auprès des cadres dans les services, c'est au DS de le faire</p> <p>On n'a pas beaucoup travaillé ensemble ... Je le regrette car il faut une synergie pour répondre à l'offre de soins et il faut une concordance entre les temps médicaux et soignant .Pour moi, c'est essentiel Le travail avec les DS a lieu essentiellement pendant les Costrats . Il n'y a pas eu de rencontres formelles entre le PCME et le DS, cela reste un chantier à faire car s'il n'y a pas de coordination avec les soignants, cela risque d'être difficile pour mener notre projet. Mais je pense que tout cela era balayer quand les praticiens et les soignants raisonneront en équipe de territoire. On travaillera alors pour un GHT et plus pour un hôpital . Je suis bien embêté pour répondre car je ne sais pas ce qui est fait au niveau de la DS          A l'instar de la réflexion sur les DIRAM, je pense qu'il faudra certainement avoir des coordinations des soins communes probablement . Le DS doit travailler en lien avec le PCME et accompagner le changement. Je pense que c'est ce qu'on avait dit dès la première ligne du PMSP. Elles sont force de proposition et peuvent soutenir l'opérationnalité des projets. Moi en tant que PCME, je suis la locomotive de la vision d'équipe de territoire. En tout cas, j'essaye dans toutes les réunions d'instances de porter la vision GHT, de raisonner en territoire et plus en établissement          Les soignants ont confiance dans les médecins. Ils suivront d'autant plus si le DS montre le cap et travaille main dans la main avec le PCME</p> <p>En tant que PCME, je peux être convaincu des défis à mener mais je ne peux pas les mener seul. Nécessité d'être soutenu par le DG mas aussi le DS pour créer une alliance et une confiance partagé. La mise en place du projet demande du temps. On forme un binôme avec le DS, je ne lui fais jamais d'injonction autoritaire. C'est un partenariat. Je ne me substitue pas à lui. Chacun est dans son rôle          Le DS m'associe systématiquement à l'ensemble de ses réunions de travail ou réunions institutionnelles comme la CSIRMT. On fait des points d'info toutes les semaines où je recueille aussi l'expression de la base          Le DS valorise les compétences des CSS sur l'animation de chaque groupe          Il a un rôle de conviction auprès des CSS          C'est au DS et au PCME de garantir des temps de concertation          Il représente l'ensemble des soignants et il fait remonter les difficultés</p>
---	--

Comment il identifie son rôle	<p>Le pilotage ne se fait pas forcément avec un DS. Il peut être scientifique, c'est-à-dire avec un professionnel en dehors de la spécialité qui a une vision plus transversale ou auprès d'une personne de l'ARS pour avoir une information sur les recommandations ou les normes à mettre en place</p> <p>Il est possible que je modifie le projet en mettant en place des avenant</p> <p>Le travail est moins individualisé qu'avant, plus partagé mais moi aujourd'hui ce qui m'intéresse c'est d'avoir un lit pour chacun de mes patients, après qu'il soit étiqueté cardio / pneumo ou neuro qu'il importe</p> <p>On doit mutualiser</p> <p>Du coup, pour les médecins, les rapports sont plus apaisés car ils travaillent de nouveau ensemble au service du patient. Nos PEC sont uniformes</p> <p>Moi en tant que PCME je n'imposerai jamais à quelqu'un quelque chose où je ne suis pas convaincu</p> <p>Les relations sont différentes entre médecins, c'est un changement radical, un travail d'équipe</p> <p>On uniformise nos pratiques et nos protocoles médicaux et quand on a des complications on essaye de les résoudre au sein du GHT</p> <p>Moi en tant que PCME, j'ai compris que je devais valoriser le travail en montant des projets qui me permettent de récupérer de l'activité et qu'il faut laisser les personnels s'exprimer et participer</p>
	<p>Au début du projet la démarche a été purement médicale car il fallait harmoniser les pratiques et surtout se rencontrer. Moi en tant que PCME d'hôpital support je me retrouve sollicité par les autres établissements qui demandent qu'on les aide, alors que nous même on est déjà en difficulté. La plupart des établissements sont en PRE et on a tous envie de piocher dans l'assiette du voisin pour pouvoir s'en sortir. On a eu une descente de l'ARS pour voir l'état d'avancement de notre projet. Ils ne se sont même pas souciés de la partie soignante, pour vous dire l'intérêt qu'il y a. Cela reflète leur niveau d'exigence et leur attente sur ce document. Nous, médecins par contre on a eu quasiment un ultimatum concernant la priorisation de nos actions à mener.</p> <p>Certains établissements qui ont fait le choix de participer au GHT, continuent de vivre leur vie tranquillement, refusant les actions de communication mises en place. Dernière anecdote, on envisageait le recrutement d'un ingénieur informatique qui a une compétence territoriale et on apprend qu'un établissement en a recruté un ... A quoi ça sert tout ça .</p>
	<p>Aujourd'hui les coopérations sont sporadiques basées sur la bonne volonté médicale. Toutes les coopérations sont avant tout médicales</p> <p>Pour être honnête, la révolution intellectuelle n'a pas encore été faite chez les médecins. Ils se tournent vers le GHT seulement quand ils en ont besoin. Il faut que nous rappelions notre mission de service public car c'est une valeur haut placée dans le hit parade des valeurs</p> <p>Il faut beaucoup d'abnégation au PCME et au DS mais je reste convaincu que les plus durs à convaincre sont les médecins. Mais c'est indispensable car ils entraînent le mouvement . Il faut qu'il y ait une volonté médicale de coopérer</p> <p>L'hôpital aujourd'hui n'est plus organisé autour des soignants mais autour des patients, et cela nécessite d'être plus mobile sur l'établissement et sur un territoire.</p>
	<p>Il a fallu que je fasse de la pédagogie porte à porte, que j'aille à la rencontre des médecins pour expliquer et permettre à chacun de s'approprier le travail à engager</p>

**Filière Directeur des Soins**

Promotion 2018

**Le Directeur des Soins :  
Moteur de l'appropriation du Projet Médico-  
Soignant Partagé par l'encadrement****Résumé :**

En Juin 2017, pour répondre aux orientations de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé, dans un contexte de transformation de leurs missions, les Directeurs des soins (DS) du territoire ont engagé l'encadrement dans la mise en œuvre du Projet médico-soignant partagé.

Ce travail de recherche, basé sur l'étude de cinq GHT confronte les différents phénomènes, identifiés au préalable dans le cadre conceptuel, qui vont entrer en jeu, dans l'influence de l'accompagnement au changement et l'acceptation des cadres à s'inscrire dans un processus territorial de travail commun.

Il interroge également les interactions entre le DS et le Président de la CME, facteur identifié comme indispensable à la réussite de l'atteinte des objectifs politiques, stratégiques et opérationnels fixés.

Outre les efforts d'amélioration de communication, les curseurs indiquent que l'encadrement pourrait être moteur dans un projet visant le passage du singulier au collectif, si les pratiques managériales du DS favorisent l'empowerment.

**Mots clés :**

DIRECTEUR DES SOINS, ENCADREMENT, MANAGEMENT, LEADERSHIP  
DEMARCHE PROJET, CHANGEMENT, APPARTENANCE, EMPOWERMENT

*L'École des Hautes Études 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.*