



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2020 - 2021**

Date du Jury : **décembre 2020**

**Une coopération civile et militaire pour
une solidarité accrue au service de la
Santé Publique :
le rôle du Directeur des Soins**

Sandra BOUKHALFA

Remerciements

« Comprendre les contraintes d'aujourd'hui pour réussir les évolutions de demain ».

Tel est l'état esprit dans lequel j'ai essayé de me placer pour faire évoluer mon travail tout au long de ces recherches.

Un travail qui n'aurait pu se faire sans la contribution de chacune des personnes interviewées, par leur échanges francs et éclairés. Un grand merci donc aux coordonnateurs généraux des soins civils et militaires engagés dans des coopérations hospitalières à Brest, Lyon, Metz, Marseille et Toulon. Leurs expériences et leurs analyses ont enrichi mon mémoire et apporté des perspectives nouvelles à ce travail de recherche.

Je remercie également les cadres supérieurs de santé civils et militaires de Brest, Lyon et Toulon, exerçant en EHCM ou en EHM, qui ont accepté de partager leurs expériences et témoigné des différentes étapes rencontrées lors de la mise en œuvre de ces coopérations.

Un grand merci :

à M. LAOT Gildas, directeur des soins, pour ses conseils avisés, son écoute bienveillante et sa disponibilité, ainsi qu'à Mme YATIM Fatima, enseignante chercheuse, pour ses remarques et ses suggestions qui ont permis de mieux orienter et préciser mon sujet de travail,

à mes collègues et amis qui ont participé par leurs avis expérimentés à étoffer mon travail,

à mon conjoint pour son soutien précieux et ses relectures,

à ma famille et mes proches pour leur compréhension et leurs attentions.

S o m m a i r e

Avant-propos.....	1
Introduction	4
1. CONTEXTE	7
1. Le cadre contextuel du déploiement d'une forme innovante de coopération.....	7
1.1 Contexte politico-économique de transformation du SSA.....	7
1.2 Contexte législatif des coopérations hospitalières civiles et militaires	9
1.3 Contexte de santé publique dans lequel s'inscrit cette coopération innovante..	11
1.4 Diagnostic de situation	12
2. CONCEPTS	17
2.1 Coopération.....	17
2.1.1 Définition de la coopération.....	17
2.1.2 Les formes de la coopération.....	17
2.1.3 Les conditions de la coopération.....	18
2.2 Identité professionnelle	19
2.2.1 Qu'est-ce que l'identité professionnelle : une construction plurielle.....	19
2.2.2 Valeurs professionnelles l'une des dimensions de l'identité professionnelle	20
2.2.3 Le conflit entre ces deux identités	22
2.3 Faire équipe	22
2.4 La gouvernance stratégique.....	23
3. ENQUETE.....	25
3.1 Objectifs de l'enquête.....	25
3.2 Méthodes et matériels	25
3.2.1 Sélection de la population.....	25
3.2.2 Outils de recueils des opinions et des expériences menées	25
3.3 Les champs d'investigation du questionnaire et des entretiens.....	26
4. RESULTATS ET DISCUSSION	27
4.1 Profil de la population.....	27
4.2 La coopération et ses caractéristiques.....	28
4.2.1 Définitions de la coopération.....	28
4.2.2 Les dimensions de la coopération	28
4.2.3 La dimension du travail en équipe	36
4.3 Les enjeux et les perspectives attendues	46
4.3.1 Des opportunités pour la construction du GHT	46

4.3.2	Une mobilité choisie	46
4.3.3	Une opportunité de développer des compétences.....	47
5.	PRECONISATIONS ET RECOMMANDATIONS	50
5.1	Les modalités de pilotage : méthodes et moyens	51
5.1.1	Les Méthodes	51
5.1.2	Les Moyens	52
5.2	La convergence des Intérêts partagés	53
5.2.1	Créer un sentiment d'appartenance partagée par un travail ensemble.....	53
5.2.2	Comprendre les enjeux du partenaire	54
5.3	Les champs à développer	55
5.3.1	Les nouveaux métiers de pratiques avancées et les métiers de la coordination.....	55
5.3.2	La recherche paramédicale à encourager pour un bénéfice commun	56
5.3.3	La formation et la communication pour une connaissance mutuelle.....	57
	Conclusion	63
	Bibliographie	65
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AA : Aisance Aquatique
AOT : Autorisation d'Occupation Temporaire
ARC : Attaché de Recherche Clinique
CCPM : Contrôle de la Condition Physique du Militaire
CESIM : Centre de Simulation
CGS : Coordonnateur Général des Soins
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CME : Commission médicale d'établissement
CMG : Capacité Musculaire Générale
CNEH : Centre National d'expertise Hospitalière
COREPA : Comité de Recherche paramédicale
CSS : Cadre Supérieur de Santé
DS : Directeur des Soins
ECR : Endurance Cardio-Respiratoire
EHCM : Ensemble Hospitalier Civil et Militaire
EHM : Ensemble Hospitalier Militaire
EPS : Établissement Public de Santé
EVASAN : Évacuation Sanitaire
FF : Faisant Fonction
GHT BO : Groupement Hospitalier de Territoire de Bretagne Occidentale
GT : Groupe de Travail
HCL : Hospices Civils de Lyon
HIA : Hôpital d'Instruction des Armées
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État
IAO : Infirmier Organisateur de l'Accueil
IDEC : Infirmière de Coordination
IPA : Infirmière de pratiques avancées
ISG : Infirmier en Soins Généraux
MER : Manipulateur d'électroradiologie
MORPHEE : Module de réanimation pour patient à haute élévation d'évacuation
MPR : Médecine Physique et de Réadaptation
NRBC : Nucléaire Radiologique Bactériologique Chimique
OPEX : Opération extérieure
PACA : Provence Alpes Côtes d'Azur
PMSP : Projet Médico-Soignant Partagé

PRS : Projet Régional de Santé

PSIRMT : Projet de Soins Infirmier Rééducation et Médico-Technique

REA : Réanimation

RETEX : Retour d'expérience

RH : Ressource Humaine

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

SAU : Structure d'Accueil des Urgences

SSA : Service de Santé des Armées

SSE : Situations Sanitaires Exceptionnelles

Avant-propos

La fonction de Directeur des Soins amène à coordonner des projets de coopération entre établissements de santé dans une logique de partenariat pour une meilleure structuration de l'offre de soins dans les territoires.

Cette dynamique de partenariat entre établissements publics de santé favorisée par les politiques de Santé Publique s'étend également aux établissements hospitaliers militaires que sont les Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA) rattachés au Ministère des Armées.

C'est dans cette perspective d'ouverture des hôpitaux militaires à la Santé Publique que, le 3 octobre 2016, est signé le protocole d'accord tripartite entre l'Hôpital d'Instruction des Armées Clermont-Tonnerre de Brest, le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest et l'Université de Bretagne Occidentale portant création de l'Ensemble Hospitalier Civil et Militaire (EHCM) de Brest autour d'un projet médical commun.

Le projet médical commun de cet Ensemble Hospitalier Civil et Militaire de Brest a pour ambition de constituer un ensemble complémentaire tout en maintenant l'autonomie de gestion et l'identité de chacun des partenaires : l'HIA renforce ainsi son activité d'accueil des urgences en centre-ville par la rénovation de sa structure d'accueil et ses activités de réanimation et de chirurgie lourdes sont redéployées sur le CHRU. C'est sur ces principes de complémentarité des activités que se fondent les 3 volets constitutifs du projet médical commun :

- Le premier volet concerne la constitution d'équipes mixtes civiles et militaires :
 - une équipe au sein d'un département unique d'accueil des urgences multi sites,
 - une équipe au sein des services d'imagerie médicale,
 - une équipe chirurgicale pour les blocs opératoires.
- Le deuxième volet concerne la recherche et la formation avec le développement notamment d'une offre de formation spécifique en simulation (CESIM santé) et la recherche clinique et fondamentale.
- Le troisième volet concerne, le soutien aux forces et à la population civile : ce soutien est illustré par l'intégration de l'HIA comme membre associé au GHT Bretagne Occidentale au travers la convention constitutive signée le 1er juillet 2016 d'une part et par sa participation à la résolution des crises sanitaires sur le territoire national d'autre part. Ce soutien se conçoit également par l'action conjointe et coordonnée du CHRU et de l'HIA à apporter une offre de soins de qualité aux militaires de la Zone de Défense.

Ces projets de coopération au sein de l'EHCM constituent un nouveau défi à relever pour le Directeur des soins.

Amenée à assurer la fonction de Directrice des Soins au sein de l'HIA Clermont-Tonnerre en aout 2017, je contribue à la mise en place de ces partenariats et notamment à la constitution des équipes mixtes civiles et militaires sur les deux sites de l'HIA et du CHRU. Ce mode de coopération privilégiée concernera essentiellement les activités de soins critiques : les urgences, le bloc puis dans un futur proche la réanimation. Cet exercice partagé des professionnels paramédicaux sur les différents sites commence en mai 2018 pour les infirmiers en soins généraux des structures d'accueil des urgences et se prolonge par les infirmiers spécialisées IADE et IBODE en septembre 2019.

La mise en œuvre de ces projets de coopérations impose une réflexion et une anticipation sur les modes d'exercice des professionnels, sur l'organisation des flux ainsi que sur les parcours de soins multi-sites à réaménager.

Ce dispositif de coopération doit répondre à la fois à des objectifs communs de Service Public et composer avec des contraintes multiples, qu'elles soient statutaires, tutélaires, de mobilité, de sujétions opérationnelles militaires, organisationnelles voire culturelles.

Cette diversité fait la richesse et la singularité de cet exercice, mais pose certaines difficultés dans sa mise en œuvre. Ces difficultés que j'ai rencontrées et que j'expliciterais dans la partie diagnostic de ce travail de recherche m'ont amené à me questionner sur les modalités déployées et les résultats obtenus pour les autres établissements engagés dans cette dynamique d'ouverture sur la Santé Publique.

Cette coopération diffère en effet d'un territoire de santé à un autre et d'un HIA à un autre.

Mes interrogations se sont portées sur le positionnement du DS dans la conduite de ce projet de coopération, sa capacité à fédérer et à donner du sens aux collaborations, tout en tenant compte des spécificités des parties prenantes.

Introduction

L'avenir de la Santé Publique s'inscrit résolument dans le développement de coopérations inter établissements. Ces coopérations répondent à des impératifs médico-économiques et à une volonté de structuration et de régulation de l'offre de soins pour mieux répondre aux besoins de santé des populations.

Une volonté d'efficience et de performance du système de santé guide les différentes réformes de santé qui ne sont pas exclusives aux établissements publics de santé de la fonction publique hospitalière.

De la même manière, les Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA) s'inscrivent dans une dynamique similaire de coopération dans un souci de rationalisation des moyens mais aussi de participation à l'offre de soins de leur territoire d'appartenance.

Ainsi, des coopérations nouvelles se tissent entre établissements publics de santé et HIA. Ces coopérations comportent certaines difficultés dans leur mise en œuvre s'agissant notamment des exercices professionnels paramédicaux. Ces derniers présentent des spécificités dans leur mission et dans leurs pratiques apportant un niveau de complexité supplémentaire à la mise en œuvre des projets de coopérations. Ceci constitue un enjeu majeur pour les équipes de direction engagées dans ces dispositifs de partenariats et plus particulièrement pour les directeurs des soins impliqués dans cette réalisation.

Ce nouveau modèle de coopération trouve une expression diversifiée selon les territoires où sont implantés les HIA, que j'explicitai plus amplement dans la partie contextuelle de cette étude.

Le sujet de ce mémoire porte plus spécifiquement sur les modalités de ses coopérations entre établissements civils et militaires, leurs mises en œuvre aisées ou complexes, facilitées par une législation qui lève les obstacles juridiques. La coopération abordée dans ce mémoire sera centrée plus spécifiquement sur les équipes *paramédicales*.

L'implication du Directeur des Soins dans la structuration de cette coopération paraît nécessaire voire indispensable pour une mise en œuvre pérenne. Le travail de ce mémoire a vocation à interroger les Directeurs des Soins sur leurs rôles, les difficultés rencontrées et de leurs points de vue, les limites supposées de ce partenariat. L'enjeu de ce mémoire est de repérer les conditions favorables au développement d'espace de coopération entre deux entités pour qu'elles soient davantage décloisonnées.

J'aborderai dans un premier temps le contexte dans lequel s'inscrit ces coopérations, puis j'exposerai les concepts théoriques sur lesquels je me suis appuyée pour construire l'enquête

de terrain et enfin je présenterai les résultats de l'enquête réalisée auprès des DS et de cadres supérieurs engagés dans ce partenariat.

1. CONTEXTE

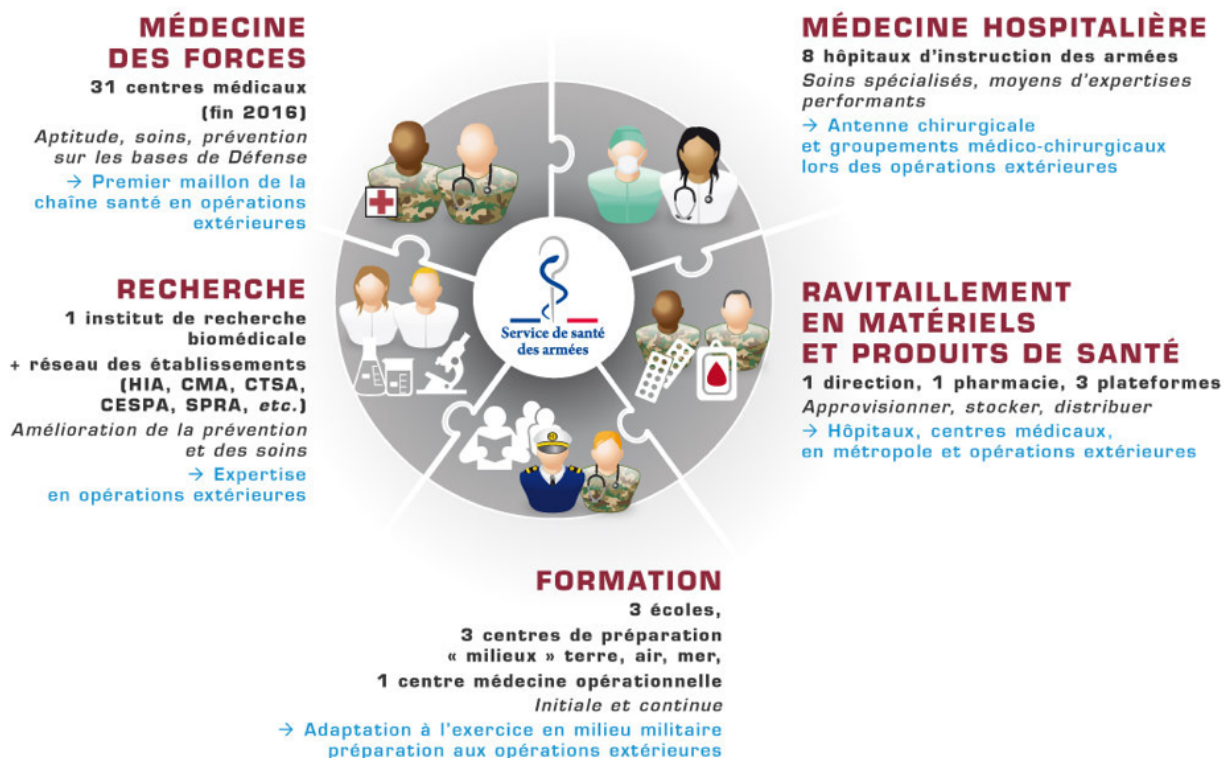
1. Le cadre contextuel du déploiement d'une forme innovante de coopération

Les hôpitaux militaires sont l'une des composantes du Service de Santé des Armées. Ils sont engagés dans une profonde transformation et réorganisation qui répond à une injonction politico-économique (1), facilitée par un nouvel arsenal juridique (2) et s'inscrit au long terme dans une politique de Santé Publique (3)

1.1 Contexte politico-économique de transformation du SSA

Le Service de Santé des Armées constitue le soutien sanitaire des forces armées. Il s'articule autour de 5 composantes que sont :

- La médecine des forces
- La médecine hospitalière
- Le ravitaillement sanitaire
- La recherche
- La formation



Le service de santé des armées est depuis 2012 engagé dans une profonde réforme qui s'inscrit plus largement dans les évolutions majeures de notre système de défense, dans un contexte de forte contrainte financière. Cette réforme fait suite au rapport de la Cour des Comptes de 2010 sur la gestion du Service et en particulier celle concernant les hôpitaux militaires. (Rapport de la cour des comptes 2010), (Roth, 2019).

Cette transformation du Service de Santé des Armées est incarnée par le modèle SSA 2020. Ce modèle s'articule autour de trois principes :

- Le principe de la concentration,
- Le principe de la simplification.
- Le principe de l'ouverture,

Nous nous attacherons ici plus particulièrement à ce dernier.

L'ouverture du SSA au service public de santé est définie ainsi : *« l'ambition du Service est d'être un acteur à part entière du service public de santé, de la recherche et de la formation et d'assumer les responsabilités inhérentes à la place qu'il revendique. Il s'agit d'un véritable changement de paradigme qui le fait passer du simple concours au service public de santé à une réelle insertion de l'offre de soins militaire dans les territoires de santé. Cette insertion repose sur le principe d'un double flux : Le Service apporte ses capacités au service public de santé ; ce dernier contribue au soutien santé des forces armées »*. (PROJET SSA 2020 N° 515696 /DEF/DCSSA/PS du 25 novembre 2013).

Ce modèle se fonde sur la construction de partenariat pour une mission commune de service public sans redondance ni concurrence où toutes *« faiblesses capacitaires doit être compensées par des collaborations »*. *« La première étape pourra être la mise en place d'équipe civilo-militaire de territoire elles permettront de répondre à la fois aux besoins de santé du territoire et aux attentes du Service en termes de régularité de la pratique soignante, de niveau d'activité satisfaisant et par conséquent, d'entretien des compétences »*

Ce modèle se décline aujourd'hui dans son axe ouverture sous la forme de partenariats constituant les Ensembles Hospitaliers Civil et Militaires (EHCM) au nombre de 4 :

- L'EHCM de Brest entre l'HIA Clermont-Tonnerre de Brest et le CHRU de Brest et l'UBO
- L'EHCM de Lyon entre l'HIA Desgenettes et les Hospices Civils de Lyon
- L'EHCM de Bordeaux entre l'HIA Robert Picqué et La Maison de Santé Protestante Bagatelle
- L'EHCM de Metz entre l'HIA Legouest et le CHR Metz-Thionville

Ces partenariats ont vocation à répondre à l'impératif besoin de maintien des compétences opérationnelles des professionnels de santé militaires et de rationaliser les moyens tout en contribuant plus activement au service public.

Ces 4 EHCM de Brest, Metz, Lyon, Bordeaux sont chacun intégrés dans un GHT comme établissements membres associés.

D'autres formes de partenariats s'organisent, en dehors de ces 4 entités EHCM avec les autres HIA dits : « EHM : Ensemble Hospitalier Militaire » au nombre de 4 que sont :

- HIA Sainte Anne Toulon
- HIA Laveran Marseille
- HIA Begin Vincennes
- HIA Percy Clamart

Ces partenariats revêtent d'autres formes de coopérations et s'inscrivent également dans les missions de service public de santé mais dans une moindre mesure.

Les EHM n'ont pas tous fait le même choix d'intégrer un GHT.

1.2 Contexte législatif des coopérations hospitalières civiles et militaires

Le modèle SSA 2020 est mis en œuvre depuis 2012 et s'inscrit dans une volonté de contribution plus forte au service de la Santé Publique, même si nous pouvons constater une disparité de son appropriation par les différents HIA.

Cette mise en œuvre est accompagnée d'un arsenal juridique qui est devenu progressivement facilitant pour le déploiement de ces coopérations civiles et militaires. Les textes fondateurs de ces coopérations nouvelles sont les suivants dans un ordre chronologique de parution :

- Le Décret n° 2012-117 du 30 janvier **2012** relatif à la contribution du service de santé des armées à la politique de santé publique. Ce décret permet d'intégrer les HIA dans le cadre d'orientation stratégique du projet régional de santé (PRS)
« Une procédure de consultation réciproque est instituée entre les agences régionales de santé et les hôpitaux des armées (schéma régional d'organisation des soins, participation à un réseau de santé ou un groupement de coopération sanitaire, il est également prévu que les hôpitaux des armées participent aux travaux des conférences de territoire). »
extrait du JORF n°0026 du 31 janvier 2012 page 1739 texte n°4
- L'Accord-cadre de coopération entre l'HIA Legouest et le CHR Metz-Thionville signé le 6 février **2014**. Premier accord-cadre entre le Service de Santé des Armées et un hôpital public, signé en présence du Ministre de la Défense M. Jean-Yves Le Drian, du Préfet de

la Région Lorraine, M. Nacer Meddah et du Directeur Général de l'ARS Lorraine, M. Dominique Gros.

Cet accord-cadre formalise les coopérations qui s'appuient sur les compétences et les activités de proximité et de référence de chacune des structures. Elle vise à développer des équipes de soins fonctionnant en réseau territorial civil et militaire dans toutes les spécialités.

Cet accord est l'acte fondateur de l'EHCM LEGOUEST-METZ-THIONVILLE (*Communiqué de presse le 6 février 2014, signature d'un accord-cadre de coopération entre l'HIA Legouest et le CHR Metz-Thionville en présence de M. Le Drian, Ministre de la Défense*)

- La loi n° 2016-41 du 26 janvier **2016** de modernisation de notre système de santé dans son article 107 prévoit que les HIA puissent intégrer comme membres associés les GHT et signer sa convention constitutive participant ainsi au projet médico-soignant de territoire.
- Protocole d'accord signé le 3 octobre **2016** entre le Service de Santé des Armées, l'université de Bretagne Occidentale et le CHRU de Brest. Ce protocole est une première nationale. Elle implique l'HIA Clermont-Tonnerre à Brest, une université et un CHRU dans une action coordonnée pour répondre aux besoins de santé du territoire et de la communauté de défense. Ce protocole est l'acte fondateur de l'EHCM BRETAGNE OCCIDENTALE (PROTOCOLE D'ACCORD CHRU-HIA-UBO)
- L'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier **2018** relative au Service de Santé des Armées et à l'institut des Invalides ; prévoit le « Rapprochement du Service de Santé des Armées avec les Agences Régionales de Santé et la Politique Territoriale de Santé ». Dans son article L. 1434-10, « la contribution du Service de Santé des Armées au projet régional de santé » (Extrait du JORF n°0014 du 18 janvier 2018 texte n°13)
- Le Décret n° 2019-406 du 2 mai **2019** relatif aux relations entre le service de santé des armées et les autres acteurs du système de santé. « *Ce rapprochement prévu par le présent décret passe par la participation renforcée des hôpitaux des armées et des autres éléments du service de santé des armées au service public hospitalier par la commission des usagers des hôpitaux des armées, la permanence des soins, l'aide médicale d'urgence, les communautés psychiatriques de territoire , la meilleure participation au dispositif (ORSAN) ainsi que par la contribution des autres acteurs du système de santé au soutien sanitaire des forces armées* » (Extrait du JORF n° 0104 du 4 mai 2019 texte n° 10)

- Le Décret n° 2019-548 du 31 mai **2019** pris pour l'application de l'article 29 de l'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au Service de Santé des armées et à l'Institut nationale des Invalides. Ce décret précise « *le régime juridique des agents mis à disposition, c'est à dire les règles statutaires qui leur sont applicables. Il détermine le contenu de la convention prévoyant la mise à disposition et précise ses modalités financières. Il fixe les compétences conservées par le ministère des armées concernant l'agent mis à disposition.* » (Extrait du JORF n° 0127 du 2 juin 2019)

1.3 Contexte de santé publique dans lequel s'inscrit cette coopération innovante

Ainsi grâce à ces dispositions facilitées par la législation, diverses formes de coopérations se sont mises en place entre HIA et établissements de santé : entre EHCM (1), Membre associé d'un GHT (2), ou participant à la gestion des crises sanitaires (3), quelle place occupe cette coopération civile et militaire ?

Citons tout d'abord à titre d'exemple des activités illustrant la coopération au sein des EHCM (1) :

- La création du département d'urgences adultes de l'EHCM de Brest avec une équipe civile et militaire médicale et paramédicale en exercice bi-site.
- Le bloc commun de l'EHCM de Lyon avec une équipe civile et militaire d'infirmiers spécialisés exerçant majoritairement sur le site des Hospices Civils de Lyon.
- Ainsi que : La coopération entre l'HIA Bégin en Ile de France et l'hôpital Henri Mondor du GHT 94 Nord en lien avec la structuration d'un de parcours de soins pour la prise en charge des patients en filière psychiatrique. La coopération de ce même HIA Bégin se fait également avec l'HAD de l'APHP. Des infirmières de coordination de parcours positionnée sur le site de Bégin peuvent exercer en établissement militaire.

Nous pouvons aussi préciser que la quasi-totalité des HIA (7/8) sont intégrés comme membres associés à leur GHT de territoire et contribuent à la structuration de l'offre de soins de leur territoire dans le cadre du projet médico-soignant partagé (2).

Enfin la Gestion des SSE (3) vient quant à elle enrichir cette liste non exhaustive de coopération. La participation à la gestion des SSE se fait dans le cadre d'un protocole d'accord Santé-Défense signé le 6 avril 2017. Ce protocole se traduit notamment par des formations des services de secours civils à la médecine de guerre et l'association systématique du service de santé des armées aux exercices de simulations des crises sanitaires. Ce protocole permet d'optimiser la réponse aux défis sanitaires par une coopération renforcée entre hôpitaux militaires et civils sur le territoire. La crise sanitaire de l'épidémie COVID19 a pu illustrer la mise en œuvre de cette coopération grâce à la mutualisation de moyens, de compétences et de savoir-faire au service de la population.

Ce contexte permet de mieux comprendre la place nouvelle des HIA dans le système de santé publique et ses enjeux d'avenir. La coopération des hôpitaux civils et militaires devient essentielle au succès du modèle SSA 2020 et les Directeurs des Soins ont une part importante à jouer pour le développement de ces coopérations.

Des coopérations médicales et paramédicales se tissent sous l'impulsion des équipes de directions partenaires. Les Directeurs des Soins amenés à organiser et promouvoir ces rapprochements s'inscrivent de facto dans des pratiques managériales nouvelles et parfois même inédites. Des exercices professionnels variés entre personnels civils et militaires, des cultures professionnelles très différentes obligent les Directeurs des Soins en charge de ces coopérations civilo-militaires à s'adapter pour conduire ces projets nouveaux et complexes. Un défi à relever pour les DS, tant civil que militaire, qui tient compte de la différence des cultures et des missions de chacun.

Ce contexte singulier dans lequel s'inscrivent ces coopérations entre établissements civils et militaires m'amène à poser un diagnostic de situation en tenant compte de la complexité du sujet étudié.

1.4 Diagnostic de situation

Le diagnostic de situation repose sur une expérience professionnelle exposée en avant-propos (1) que j'ai choisi de confronter à d'autres expériences de terrain, notamment celles de coopérations entre établissements civils au sein d'un GHT ne comprenant aucun établissement militaire. J'ai réalisé des entretiens exploratoires auprès d'un CGS et d'un CSS ayant participé à la mise en place de coopérations inter établissements civils (2). J'ai également enrichi ma réflexion d'une revue de la littérature sur ce sujet (3).

Mon expérience professionnelle

La mise en place de coopérations entre établissements civile et militaire, nécessite une implication des directeurs des soins dans la préparation, l'animation, la formalisation et l'accompagnement des équipes de professionnels et notamment l'encadrement pour l'appropriation du projet et sa réussite. Les difficultés rencontrées sont liées aux différences entre les modes opératoires, les organisations et aux solidarités entre équipes qui ne sont pas de même nature. L'incompréhension ou la méconnaissance des finalités de cette coopération par les professionnels civils est également source de difficultés supplémentaires.

Ce constat m'a amené à confronter mon expérience à celle d'autres managers ayant participé à un projet similaire de coopération inter établissement afin d'objectiver les leviers et les freins dans la conduite de ce projet et ainsi mieux orienter le sujet de mon travail.

Entretien exploratoire

J'ai souhaité interroger un directeur des soins et un cadre supérieur coordonnateur de pôle lors de mon stage de formation dans un établissement support de GHT. Ce dernier ayant une longue expérience des coopérations entre établissements sanitaires au sein de son territoire, il me semblait pertinent de recueillir leurs expériences.

Les deux entretiens du DS et de la CSS étaient concordants : le retour de leur expérience portait sur « l'union des blocs opératoire de C » et du « laboratoire de territoire de l'Union Hospitalière de C ». Une coopération réussie selon les interviewés avec un recul d'aujourd'hui 5 ans. Il est à noter que cette coopération avait bénéficié d'un accompagnement par une société conseil en maîtrise d'œuvre.

Il est apparu lors des entretiens qu'il y avait eu de sérieuses réticences des professionnels de santé au début de la mise en œuvre du projet. Ces réticences s'expliquaient par l'attachement des professionnels à leur établissement et ont engendré quelques départs volontaires de personnels puis au fil des communications ces réticences se sont atténuées.

Madame S.K (CSS) relate dans son propos l'intérêt d'une bonne communication pour la réussite du projet :

« La construction de cette coopération s'est faite sur un mode projet avec une information en amphithéâtres, en CTE, en CHSCT avec implication des professionnels et de l'encadrement : « reconnu comme beau projet car chacun y a trouvé sa place » et rajoute : « l'intérêt a été porté sur le maintien des compétences car petit établissement avec une précision de qui fait quoi ? ».

La communication a donc pris une place importante dans ce travail, avec 30 réunions de groupes de travail, 2 séances de communication en amphithéâtre et une quinzaine de rencontres des « top managers » sur un an.

Les points forts que souligne la directrice des soins sont la grande proximité de l'encadrement et des professionnels de santé, ainsi que la forte adhésion médicale au projet de regroupement. Un élément majeur est relevé par la CSS et la DS : l'objectif commun des établissements engagés dans cette coopération : le maillage territorial, porté par le directeur général de l'établissement de référence.

Au vu de ces deux exemples (mon expérience personnelle et cet entretien exploratoire), les expériences de coopérations entre établissements de santé peuvent être diversement vécues. Cependant, ces deux expériences ne sont pas au même stade de déploiement, il est donc difficile d'en déduire des conclusions.

Apports de la littérature

Grâce à la littérature spécialisée sur ce sujet, j'ai pu enrichir ma réflexion en m'inspirant de la question des coopérations entre établissements publics de santé dans le contexte de construction des GHT (*Dossier documentaire : Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)*, 2020).

Il apparaît que la « *coopération solidaire des établissements et des professionnels de santé ne se décrète pas : elle se construit sur une base de confiance dans un processus long et lent qui requiert donc du temps* » page 117 (Bergoignan-Esper et al., 2019). Cette coopération ne trouve du sens que si les moyens et les activités déployés entre les deux structures servent les intérêts des deux et ne déstabilisent pas une structure au détriment de l'autre.

D'autre part la constitution d'équipes de territoire peut être confrontée à des difficultés de gestion des ressources humaines. En effet des gestions locales des ressources humaines avec des « *différences locales d'interprétations de la réglementation, des droits acquis et des modalités locales de fidélisation des professionnels* » page 43 (Barbot & Rossignol, 2017) complexifient la gestion d'une équipe médico-soignantes de deux établissements distincts .

Néanmoins, ce schéma et cette analyse ne tiennent pas compte des cultures d'appartenance et des valeurs professionnelles propres aux soignants entre les deux établissements. La spécificité des missions des professionnels militaires dans les HIA est par ailleurs peu documentée.

Il apparaît au vu des échanges et des apports de la littérature que la réussite d'une coopération entre deux équipes professionnelles paramédicales aux identités propres et aux missions spécifiques voire singulières ne va pas de soi ?

Ce qui nous amène à poser la problématique suivante et les hypothèses envisagées pour y répondre

La Problématique :

Les coopérations hospitalières entre établissements publics et militaires, quels enjeux pour les directeurs des soins ?

La contribution des directeurs des soins au sein des équipes de direction à la mise en œuvre de ces coopérations est incontestable. La réussite de ces coopérations entre professionnels civils et militaires met en scènes des intérêts, des missions et des spécificités similaires ou divergentes : Quels enjeux pour les directeurs des soins ?

Les hypothèses :

Pour répondre à la problématiques posée, trois hypothèses sont évoquées :

L'hypothèse 1

Une acculturation aux environnements est -elle un préalable à la constitution d'équipe civilo-militaire ?

L'hypothèse 2

Une appropriation des objectifs et des finalités est -elle un prérequis pour la réussite de la coopération ?

L'hypothèse 3

Une approche négociée dans la conduite de projet civilo-militaire nécessite-elle des compromis pour la pérennité des coopérations ?

Cette conduite de projet particulier interroge les concepts de coopération, d'identité professionnelle, de « faire équipe » et de gouvernance stratégique.

2. CONCEPTS

2.1 Coopération

Le concept de la coopération est dans ce travail fortement mobilisé, il convient de le définir, d'en préciser ses formes avant d'aborder les conditions de sa réussite.

2.1.1 Définition de la coopération

La coopération est un « agir ensemble » comme le définit le sociologue Philippe ZARIFIAN (ZARIFIAN. P, 2001), pages 62.

La coopération est le point d'ancrage de cette situation. Comment faire travailler les différents acteurs de deux institutions (HIA et EPS) sur un même projet : celui d'échanger sur des connaissances, des compétences et des expériences pour une meilleure prise en charge du patient.

2.1.2 Les formes de la coopération

Classiquement, il est admis d'opposer coopération faible à coopération forte

La coopération faible : « cette coopération repose sur une meilleure coordination des actes de travail et l'on recherchera un certain nombre de moyens pour l'assurer : ici prendront place les thèmes de décloisonnement, du partage des informations, de la coordination directe, de l'ajustement mutuel... » (ZARIFIAN, 1996)

La coopération forte : « pousse à des remises en cause plus radicales. Dans cette version, il s'agit de bien travailler ensemble, et pas seulement de coordonner des travaux séparés. Et travailler ensemble, dans des conditions modernes de la production, c'est communiquer, au sens construire et développer un espace d'intersubjectivité, de compréhension réciproque, c'est établir des accords solides sur :

- La nature des problèmes à traiter
- L'identité des objectifs
- Le sens donné aux actions
- Les implications subjectives des individus qui agissent ensemble »

Cette coopération ne va pas de soi comme le souligne le sociologue LE BOTERF : « Il est essentiel que soit prévu une fonction attachée en permanence à relancer la coopération, à faire fonctionner des outils de liaisons, à veiller à la circulation de l'information.....les risques de dérive sont trop forts pour laisser à la spontanéité, l'exercice d'une telle coopération. La tendance est toujours de revenir à une addition ou une juxtaposition d'acteurs. Elle (la coopération) demande le concours actif de managers de proximité, d'opérationnels exerçant la fonction de tuteur, chef de projet... » (LE BOTERF G, 2003), pages 263

A ce sujet G. LE BOTERF identifie trois conditions au développement de la coopération (Boterf & Le Boterf, 2007) :

- Le savoir-coopérer : peut s'illustrer et se concevoir par l'élaboration d'outils en commun, de projets communs permettant à chaque membre de l'équipe d'apprendre à travailler et à s'organiser ensemble et s'enrichir l'un de l'autre.
- Le pouvoir coopérer : s'intéresse plus particulièrement aux moyens mis en place pour favoriser la coopération ; l'aménagement d'un temps de communication, d'information et de formation clairement identifiés avec un calendrier de rencontre. Dans notre cas précis cela peut renvoyer à l'organisation d'une journée d'intégration, à une appropriation des logiciels métiers par les infirmiers spécialisés exerçant en équipe partagées (bloc opératoire), la délivrance des autorisations, des identifiants pour accéder aux différents espaces dématérialisés du dossier patient ou encore l'organisation de formation commune inter-établissement pour harmoniser les pratiques de soins (le tri IAO par exemple)
- Le vouloir-coopérer : le vouloir coopérer est la disposition personnelle de chacun à travailler avec l'autre mais aussi la possibilité d'exprimer ses limites et de demander de l'aide à un collègue. Dans certaines situations vécues cela renvoie à dépasser la crainte du jugement dévalorisant d'un l'IBODE envers son collègue comme un aveu d'échec.

2.1.3 Les conditions de la coopération

Les conditions de la coopération imposent donc :

Des acteurs de la coopération : dans le contexte de ce travail, il s'agit des directions respectives des établissements partenaires, des cadres supérieurs ou coordonnateurs de pôles, des cadres de proximité et des professionnels de santé paramédicaux

Des directives ou modalités de la coopération : outils de communication, formations identifiées et discours véhiculés dans les instances institutionnelles des établissements partenaires

Des objectifs de la coopération : par exemple, participer à l'offre de soins mutualisée du territoire et bénéficier d'un plateau technique de pointe pour maintenir un haut niveau de compétences pour les infirmiers militaires

2.2 Identité professionnelle

2.2.1 Qu'est-ce que l'identité professionnelle : une construction plurielle

La construction de l'identité professionnelle se fait à la suite de parcours ou de cheminements individuels et collectifs qui peuvent être différents. Ceux-ci peuvent s'expliquer à la lumière de concepts sociologiques développés dans l'ouvrage de Claude Dubar (la socialisation, construction des identités sociales et professionnelles). Ce construit identitaire est un construit social. Il relève d'actions collectives faisant coïncider l'identité pour soi (identité biographique) avec l'identité pour autrui (identité relationnel). (DUBAR. C, 2015), pages 112-115. Cela se conçoit au travers des processus de socialisation qui permettront la coordination des actions et la négociation des mondes (territoires professionnels) qui sont toujours un mixte d'intérêts et de valeurs.

A) Le processus identitaire biographique :

Ce modèle se caractérise par une identité légitimée par le statut de l'emploi et le niveau de la formation. La formation prend une place prépondérante dans la trajectoire professionnelle et l'accès à l'emploi. La formation est valorisée dans l'exercice de l'emploi ainsi que l'expertise acquise et le savoir pratique expérientiel. Dans ce modèle la représentation identitaire est centrée sur le diplôme. (DUBAR. C, 2015), page 112. Ce modèle est transposable aux identités professionnelles des personnels paramédicaux. La qualification, le diplôme d'état voire la spécialisation IADE, IBODE sont des valeurs de référence dans la construction identitaire qui peut s'assimiler à des corporatismes au sens originel du terme : corps de métier. Ce corps de métier se caractérise par sa technicité acquise par la formation initiale et son expertise acquise par l'emploi. Le corps paramédical de manière général se reconnaît dans cette construction identitaire biographique. Cette identité « fermée » assujettie à la qualification et au statut accorde peu de perspective de promotion professionnelle en dehors d'un cursus diplômant.

B) Le processus identitaire relationnel :

Selon la définition qu'en fait R. Sainsaulieu, le processus identitaire est « *la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives* » cette définition s'oppose à celle de l'identité biographique dans la mesure où l'identité s'ancre moins dans le niveau de formation que dans « *l'expérience relationnelle et sociale du pouvoir* » mettant en scène des jeux d'acteurs qui renvoi à « *un investissement (des acteurs) essentiel dans des relations durables qui mettent en question la reconnaissance réciproque des partenaires* ». Ce modèle se construit autour de trois dimensions celles du champ d'investissement, des normes de comportement relationnel et des valeurs issus du travail (Dubar. C, 2015), page

115. Ce modèle s'adresse à des professionnels possédant outre des aptitudes techniques, des capacités d'adaptabilité et un certain niveau d'autonomie. Il suppose un investissement particulier de l'individu au sein de l'entreprise, il en résulte une reconnaissance par une valorisation ou une distinction singulière de l'investissement.

Enfin, ce modèle contribue à expliquer l'engagement professionnel et son inscription dans une dynamique collective.

En effet s'il n'est pas le seul processus d'identification professionnel des soignants militaires, il peut par certains aspects s'en rapprocher grandement. En effet l'identité biographique centrée sur le diplôme et la formation ne suffit pas à expliquer l'engagement opérationnel militaire. La construction de l'identité militaire requiert l'acquisition d'aptitudes et l'adhésion à des valeurs propres.

Ces aptitudes se distinguent comme suit :

Les aptitudes techniques et professionnelles acquises tout au long de la formation initiale et continue dispensées par les écoles et les établissements de santé

Les aptitudes opérationnelles conférées par le caractère militaire des situations. Cette aptitude permet l'engagement rapide des professionnels en missions intérieures ou extérieures grâce à un dispositif santé et de veille opérationnelle (DSVO) imposant le maintien d'une bonne condition physique avec :

- L'aptitude à travailler en conditions difficiles et en milieux précaires et rustiques faisant souvent appel à la créativité, l'esprit d'initiative et la solidarité
- L'aptitude à l'entretien de la polyvalence pour une prise en charge efficace dans un contexte de moyens contraints. Cela nécessite, également la maîtrise et la gestion optimale des stocks
- L'aptitude à la maîtrise d'équipement et de techniques spécifiques en médecine, chirurgie (sauvetage au combat, techniques élémentaires de réanimation de l'avant), psychiatrie incluant les aspect NRBC.

Ces aptitudes sont animées par des valeurs entretenues et portées par une culture à la fois militaire et soignante.

2.2.2 Valeurs professionnelles l'une des dimensions de l'identité professionnelle

A) Les valeurs du SSA :

Les valeurs professionnelles contribuent à la construction de l'identité professionnelle. Dans le SSA ces valeurs professionnelles soignantes sont empreintes de « militarité » qui les rendent singulières. Elles ont par certains aspects de grandes similitudes avec celles des soignants civils mais se distinguent par des valeurs propres militaires qui sont : « l'engagement : le vouloir servir », « le dévouement : le don de soi », « la disponibilité tant

sur le territoire national qu'en opération extérieure », « la confiance réciproque inspirée par une culture d'équipe », « la fierté d'appartenir à un service dont la vocation humanitaire est indissociable de l'action militaire » LE PROJET DE SERVICE SSA 2020, page 33, N° 515696 / DEF / DCSSA/PS du 25 novembre 2013

Ici les valeurs du SSA ont une forte valence militaire et elles sont très représentatives de la notion de solidarité de l'équipe.

B) Les valeurs soignantes et du service public

Les valeurs soignantes dans les établissements publics de santé sont empreintes des valeurs du service public et constituent l'un des aspects majeurs de la construction du processus identitaire professionnel. Ce processus identitaire dans sa dimension relationnelle s'exprime au travers, l'adhésion des soignants aux projets institutionnels et leur investissement collectif pour faire vivre les valeurs du service public. Ces valeurs du service public dans leurs missions et leurs obligations sont incarnées par le souci de l'intérêt général, la continuité de service, l'égalité de traitement et la neutralité. (*Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique, des valeurs professionnelles, 2008, pages 60-66*).

Cet attachement aux valeurs du service public procure outre une cohésion dans la réalisation des missions, une sécurité individuelle et collective liée au statut de la fonction publique hospitalière. L'attachement aux valeurs du service public et la sécurité de l'emploi sont peu dissociables.

Outre ces différences, il existe néanmoins de nombreuses similitudes dans l'expression des valeurs soignantes entre professionnels civils et militaires. Ces valeurs soignantes sont attachées aux valeurs « cœur de métier ». Elles sont hiérarchisées selon un forum soignant « espace soignant » et confirmées par l'étude menée au CHU de Toulouse (Péoc'h & Ceaux, 2012) (*les valeurs soignantes, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé*) comme suit :

Les valeurs perçues comme essentielles par les soignants sont :

- Le respect
- L'écoute
- La tolérance

Les valeurs perçues comme importantes par les soignants sont :

- Le principe de solidarité et d'engagement
- Le principe d'équité
- Le principe d'exemplarité
- L'intégrité

- L'empathie

Ces valeurs sont très représentatives de l'identité soignante. Elles caractérisent plus les valeurs intrinsèques de l'individu et l'expression d'un métier humaniste au service de l'autre que des aptitudes collectives de coopération ou « de travail ensemble ».

2.2.3 Le conflit entre ces deux identités

L'identité biographique dite aussi identité de métier est très attachée à la qualification, à « une identité singulière de spécialiste ». (DUBAR. C, 2015, page 198).

Dans un environnement en perpétuel changement et nécessitant une certaine adaptabilité voire une polyvalence, cette identité de métier se trouve en danger, menacée d'une certaine dissolution des qualifications.

Quand l'identité relationnelle construite sur la mobilisation collective et enracinée dans une approche de la disponibilité, de l'esprit d'équipe, elle tend vers une « équipe mobilisée pour l'entreprise ». Celle-ci, plus adaptable est très dépendante de l'appréciation de la hiérarchie. Elle est dite aussi identité d'entreprise

« Les individus qui construisent une identité professionnelle (de métier) se projettent sur une filière de qualification impliquant des reconnaissances de « professionnalités » structurantes ; quand les identités professionnelles (d'entreprise) se construisent par projection dans l'espace de pouvoir hiérarchique impliquant des reconnaissances de responsabilité structurante de l'identité »

Ces deux identités coexistent mais l'une peut prédominer sur l'autre dans une équipe professionnelle. Nous pourrions dans une certaine mesure considérer que l'identité soignante militaire marquée par un pouvoir hiérarchique fort comporte une dominante d'identité relationnelle.

A contrario les soignants civils peuvent posséder une identité biographique plus marquée fondée sur l'appartenance au corps de métier : le corps paramédical, le corps des IADE, des IBODE, l'identité soignante.

2.3 Faire équipe

Le faire équipe est le ressort principal de ce mémoire. Comment parvenir à faire équipe ? L'équipe comme l'a défini le sociologue Mucchielli. R (MUCCHIELLI 2009) « *est souvent assimilée au groupe restreint, elle suppose les caractéristiques suivantes : une communication bilatérale facile, la possibilité d'exprimer les désaccords et tensions, l'entraide, la suppléance d'un membre défaillant, l'élaboration en commun des objectifs, une division du travail en fonction des tâches, une connaissance à priori des réactions, initiatives, aptitudes de tous les membres par chacun. Le premier ciment de la cohésion et*

de la coopération est la confiance envers les partenaires de travail..... Ceci permet les ajustements et la régulation entre les membres de l'équipe au cours de l'activité ».

Ce « faire équipe » entre professionnels civils et militaires se retrouve autour de missions communes ; celles du service public et incarnées par des valeurs soignantes partagées au bénéfice de la santé publique.

2.4 La gouvernance stratégique

La gouvernance stratégique est un des aspects incontournables de cette coopération. Cette gouvernance stratégique s'élabore à partir d'une connaissance fine des contraintes et des enjeux du partenaire. L'analyse stratégique comme la décrit le sociologue Michel Crozier repose sur le positionnement des acteurs. Cette analyse permet de discerner les enjeux de pouvoir, les zones d'incertitudes, les jeux d'influence entre alliance et négociation et les stratégies déployées par les acteurs dans un système d'action concret (SAC).

Il convient de définir quelques concepts clefs pour mieux les mobiliser dans l'analyse des résultats

Définition du pouvoir « le pouvoir de A sur B est la capacité de A d'obtenir de B qu'il fasse quelque chose qu'il n'aurait pas fait sans l'intervention de A » (M. Crozier, 1981)

Les ressources du pouvoir sont la contrainte et la légitimité et peuvent se décliner en : jeux d'autonomie, de transparence, d'opacité, de valorisation ou de dévalorisation. (A. Mucchielli, 1998)

Les interactions des acteurs s'inscrivent dans un système d'interdépendance des acteurs appelé : SAC.

Le SAC se définit comme suit : organisation où les acteurs structurent leur relation dans un modèle interactif interdépendant. Il existe deux modèles de SAC :

- Système de régulation des relations : règles de relations que se donnent les acteurs pour résoudre des problèmes quotidiens de l'organisation : modèle réputé stable et durable
- Système des alliances et des contraintes : des alliances officieuses se nouent au sein d'un système. Ces alliances sont essentiellement dues aux perspectives nécessairement différentes les unes des autres : modèle généralement provisoire pour des actions particulières. (M. Crozier, 1981)

L'analyse stratégique permet aux managers d'adapter leur positionnement en situation par un système d'action concret propice à la réussite du projet. Dans les coopérations civile et militaire cette analyse stratégique permet de déterminer les forces et les faiblesses du

partenaire, comme la divergence des missions ou encore la redondance et la mise en concurrence de certaines activités. Cette analyse permet aussi d'objectiver les opportunités et les menaces pour convenir d'un dialogue et d'une conduite de projet éclairée comme la mutualisation de ressources rares tels que les métrologues. Cette analyse stratégique permet d'anticiper les difficultés ou les obstacles à la réalisation du projet.

Il apparaît au regard des concepts de coopération, de construction de l'identité professionnelle, elle-même incarnée par l'identité métier (diplôme), l'identité relationnelle et les valeurs professionnelles qu'ils sont bien le socle du « faire équipe ». Le ciment de ce « faire équipe » est la confiance et la connaissance mutuelle des membres de l'équipe et le déploiement d'une gouvernance stratégique adaptée

C'est à la lumière de ces concepts et du contexte des politiques de santé que j'élabore un questionnaire, outil de l'enquête de terrain

3. ENQUETE

3.1 Objectifs de l'enquête

L'objectif de cette enquête est de recenser les opinions et les expériences relatives :

- Aux modalités de coopération paramédicale entre les établissements hospitaliers publics et militaires,
- Aux préconisations et leviers d'amélioration pour construire ces coopérations entre personnels paramédicaux civils et militaires

3.2 Méthodes et matériels

3.2.1 Sélection de la population

J'ai choisi de sélectionner des directeurs des soins civils et militaires engagés dans une démarche de coopération entre établissement hospitalier civil et hôpital d'instruction des armées. Cette coopération concerne les établissements publics de santé et les HIA. Ce qui m'amène à solliciter 5 directeurs des soins et un cadre supérieurs FF de DS des 6 HIA partenaires d'un établissement public de santé. Chacun de ces 6 professionnels devaient me communiquer les coordonnées de leur homologue soit 6 DS civils.

Ces 12 personnes sont réparties sur tout le territoire national comme suit :

- 2 à Brest : 1 CGS à l'HIA Clermont-Tonnerre à Brest et 1 CGS au CHRU de Brest
- 2 à Lyon : 1 CGS à l'HIA Desgenettes à Lyon et une DS au HCL
- 2 à METZ : 1 FF CGS HIA Legouest et 1 CGS CH Metz-Thionville
- 2 à Toulon : 1 CGS HIA Sainte Anne et 1 CGS CH Sainte Musse
- 2 à Marseille : 1 CGS HIA Laveran et 1 CGS APHM
- 2 à Paris (Vincennes) : 1CGS HIA Begin et 1 CGS des hôpitaux Saint Maurice du GHT 94 Nord

J'ai également souhaité interviewer quelques cadres supérieurs engagés dans la mise en œuvre de ces coopérations entre établissements hospitaliers civils et militaires.

- 1 CSS du pôle médicotechnique du CHRU de Brest et un FF CSS du pôle médicotechnique de l'HIA Clermont-Tonnerre à Brest
- 1CSS du pôle soins critiques de l'HIA Sainte Anne
- 1CSS du pôle médicotechnique et réadaptation fonctionnelle des HCL

3.2.2 Outils de recueils des opinions et des expériences menées

Le choix d'un questionnaire en ligne a été motivé par l'éloignement géographique des différentes personnes interviewées et la situation sanitaire exceptionnelle, mais certains entretiens ont été privilégiés quand cela était possible.

a) *Les questionnaires :*

Deux questionnaires ont été élaborés et mis en ligne. L'un à l'intention des établissements constitutifs d'un EHCM et un autre pour les établissements ne faisant pas l'objet d'un partenariat formalisé (EHM). Ces questionnaires ont été adressés aux DS ou GCS des établissements de santé engagés dans une coopération civile et militaire. Ces questionnaires comportent 48 questions dont 19 questions ouvertes.

Les questionnaires ont été préalablement testés auprès de 4 élèves directeurs des soins de la promotion Caroline Aigle 2020 ainsi qu'auprès de deux CGS ayant respectivement 6 et 12 ans d'expérience dans le métier et acculturés aux coopérations civilo-militaires. Ces tests, accompagnés des observations de mes collègues m'ont permis de réajuster et de préciser les questions. Suite aux échanges et remarques des « testeurs », j'ai fait le choix de réaliser deux questionnaires différents.

b) *Les entretiens :*

Ils ont été privilégiés lorsque cela était possible et notamment lors de l'enquête exploratoire. La grille d'entretien reprend les principaux items du questionnaire. Ces entretiens s'adressaient aux DS et cadres supérieures de santé : deux entretiens exploratoires ont été menés auprès d'une DS et d'un Cadre supérieur de santé.

Durant l'enquête, cinq autres entretiens ont été menés auprès d'une coordinatrice générale des soins et de quatre cadres supérieurs de santé entre HIA et Établissement public hospitalier.

3.3 Les champs d'investigation du questionnaire et des entretiens

Les champs investigués sont les suivants :

Le profil de la population :

- Civile ou militaire
- Ancienneté dans la fonction
- Région
- Structure

Les caractéristiques de la coopération :

- Les définitions de la coopération
- Les dimensions de la coopération :
 - o Les champs d'activités concernés par la coopération civile et militaire
 - o Les catégories professionnelles concernées
 - o Les modalités d'exercice et de déploiement de ces coopérations

- La dimension du travail en équipe entre établissements civil et militaire :
 - o Entre similitudes et différences au niveau stratégique et opérationnel
 - o Les difficultés rencontrées (entre représentation et identité professionnelle)

Les enjeux et les perspectives attendues de ces coopérations

Les préconisations pour réussir la coopération civile et militaire

4. RESULTATS ET DISCUSSION

Au fur et à mesure de l'analyse des entretiens et des questionnaires, il apparaît une dichotomie entre les établissements constituant des ensembles hospitaliers civils et militaires et ceux appartenant à des ensembles hospitaliers militaires. Ce qui m'amène à proposer une analyse et une discussion dissociées de ces deux catégories d'établissements, entre similitudes et différences.

4.1 Profil de la population

	Militaire	Civil	Ancienneté
<i>Fonction : DS et FF DS</i>	4 + 1 FF DS	2	[2,15] années
<i>Fonction CSS</i>	2 - Pôle soins critiques - Pôle médicotechnique	2 - Pôle rééducation : (MCO et SSR) - Pôle médicotechnique	[5,10] années
<i>Région</i>	- Bretagne (DS et CSS) - Grand Est (DS) - Auvergne-Rhône-Alpes (DS) - Provence-Alpes-Côte d'Azur (DS et CSS)	- Bretagne (DS et CSS) - Auvergne-Rhône-Alpes (DS et CSS)	
<i>Ville</i>	- Brest - Metz - Lyon - Marseille - Toulon	- Brest - Lyon	
<i>Structure</i>	- Hôpital d'Instruction des Armées	- Centre Hospitalier Régional Universitaire	

		- Hospices Civils de Lyon	
Capacitaires	[150, 500] lits et places	[2400, 4670] lits et places	

Toutes les personnes sollicitées n'ont pas répondu aux questionnaires. Deux relances ont été réalisées, l'une à J8 et l'autre à J20. Elles n'apparaissent pas dans le tableau récapitulatif. Il s'agit de directeurs des soins exerçant en région Ile de France, PACA et à Metz, des régions fortement impactées par la pandémie du COVID 19.

4.2 La coopération et ses caractéristiques

4.2.1 Définitions de la coopération

Selon les DS et CSS exerçant en EHCM :

« La coopération hospitalière doit s'appuyer sur deux socles : un projet commun qui permet aux différents acteurs d'obtenir une plus-value (gagnant-gagnant) et des valeurs communes qui s'articulent autour des notions de service public, de la conception des soins et de la prise en charge des patients »

Les termes choisis et communs aux interviewés sont : un travail partagé, avec un objectif commun incarné par un projet de soins pour une synergie des moyens et une cohérence des parcours de soins.

Cette définition de la coopération hospitalière est également citée comme incontournable au sein des territoires et nécessaire pour le maintien des compétences des soignants militaires et la mise en commun des ressources rares. Ici la notion de service public est très prégnante

Selon les DS et CSS exerçant en EHM :

La coopération tient à une mutualisation de moyens et de ressources humaines s'appuyant sur un projet de soins du territoire. Ici la notion de territoire et de GHT est fortement évoquée sous l'angle de l'harmonisation des prises en charge dans le territoire (Inter CLUD, formation IAO) et la création d'un réseau de soutien en particulier en situation de crise.

4.2.2 Les dimensions de la coopération

A) Les activités concernées :

a.1) En EHCM :

Les activités concernées par ces coopérations se répartissent entre activités de soins et hors soins comme suit :

– Activités de soins :

Activités et disciplines	Régions
Médecotecnique : - Laboratoire de biologie médicale - Imagerie	Brest, Lyon, Metz Brest
Soins critiques : - SAU - BLOC - REA	Brest, Brest, Lyon, Metz Metz
Activités de soins délocalisées : AOT - Chirurgie ambulatoire - Unité de sommeil	Brest Brest
Pôle rééducation et réadaptation physique et psychique : - MPR - Psychiatrie	Lyon

– Activités hors soins :

- La recherche paramédicale qui se développe à Brest dans le cadre d'un réseau constitué est organisée au sein du GHT Bretagne Occidentale grâce au « COREPA » (Comité de REcherche Paramédicale). (*PSMP GHT BO 2017-2021*). Ce comité très actif associe civils et militaires au sein de son bureau s'agissant des cadres de santé. Les personnels paramédicaux civils et militaires sont quant à eux impliqués dans la mise en œuvre des programmes de recherche notamment en rééducation fonctionnelle et en réanimation (*présentation en visioconférences organisées par le GIRCI tous les trimestres : « les lundis du GIRCI » : (Fondation RIMBO et le COREPA) », 29 avril 2019, <https://www/girci-go.org>*)
- La communication se développe au travers des présentations réalisées par les professionnels paramédicaux en séminaire, notamment à Brest. Les thématiques choisies intéressent les deux établissements civil et militaire comme : l'expérience du patient debout en chirurgie ambulatoire ou le RETEX sur la prise en charge d'une chirurgie en OPEX. Également, le colloque « Journée de Médecine d'Armées de l'Ouest », organisé annuellement, présente un programme incluant systématiquement une intervention des professionnels paramédicaux des établissements partenaires civil et militaire.

Une autre occasion d'échanges et de débat est donnée aux professionnels de santé par l'organisation d'une journée dédiée au « Dispositif d'accompagnement aux fonctions de cadre supérieur de santé au sein du GHT BO »

- La publication de la vacance des postes médicaux et paramédicaux est également partagée entre établissements civil et militaire à Brest
- La qualité et la gestion des risques se structurent au sein du GHT de Bretagne Occidentale, impliquant les cadres supérieurs et les référents qualité de chaque établissement

a.2) En EHM :

Les activités de coopérations se répartissent également entre activité de soins et hors soins

– Activités de soins

Activités et disciplines	Régions
Médecotechnique : - Laboratoire d'analyse médicale	Marseille
Gériatrie	Marseille
Activités transverses : - Prise en charge de la douleur : inter-CLUD	Toulon

– Activités hors Soins

- La formation des paramédicaux en IFSI développe des parcours de stage inter établissements entre civils et militaires à Toulon
- La recherche médicale contribue à un rapprochement des établissements et la mise en communs d'ARC (Attaché de recherche clinique) ainsi que d'infirmières de recherche clinique entre l'HIA Sainte Anne et le CH de Sainte Musse à Toulon
- La gestion des lits et la fonction de « Bed Manager » de territoire est partagée au sein du GHT du Var entre les 9 établissements qui le composent. (PSMP GHT Var 2017-2021)

Au total, il apparait que les activités de coopérations réparties entre les deux ensembles hospitaliers relèvent d'un haut niveau de technicité pour les EHCM et davantage de transversalité s'agissant des EHM. De plus les activités sont plus diversifiées en EHCM.

B) Les catégories professionnelles concernées

b.1) En EHCM :

Les personnels paramédicaux engagés dans cette coopération civile et militaire sont :

- Les ISG, IADE, IBODE
- Les AS
- Les Techniciens de Laboratoire
- Les Manipulateurs d'électroradiologie
- Les Kinésithérapeutes Ergothérapeutes

b.2) En EHM :

Les personnels paramédicaux participant à une coopération civile et militaire sont :

- Les Aides-soignants pour des soutiens ponctuels en situation de crise sanitaire
- Les Cadres de Santé
- Les Bed Manager
- Les Cadres Supérieurs de Santé pour mener des projets transversaux

La typologie des catégories professionnelles engagées dans ces coopérations est différente entre EHCM et EHM. Pour le premier, elle concerne un large panel des professions paramédicales ; dans l'autre (EHM), cette typologie des professionnels est représentée majoritairement par l'encadrement

C) L'exercice professionnel

c.1) En EHCM

On distingue plusieurs formes d'exercice professionnels et deux types de gouvernances.

L'exercice professionnel revêt deux formes :

- Un exercice en équipe insérée ou partagée au sein d'une équipe mixte (civile et militaire) :
 - o C'est le cas des blocs opératoires avec un transfert des activités de chirurgie du site militaire au site civil. L'exercice des IADE et IBODE se fait alors sur un site unique.
 - o C'est aussi le cas du service d'accueil des urgences de Brest avec une équipe mixte (civile et militaire : effectif modeste : 3 binômes ISG) mais en exercice bi-site entre les deux SAU géographiquement distincts et constituant un Département d'accueil des urgences de la ville.

Les équipes militaires insérées sur le site du partenaire civil ont une répartition du temps de travail comme suit : à 80% chez le partenaire civil et 20% en HIA.

- Un exercice individuel sous forme de vacations dans le cadre du maintien des compétences : c'est le cas des IADE pour les spécialités de pédiatrie et de maternité ou encore des manipulateurs en électroradiologie militaires (MER) pour l'acquisition de technologie de pointe.

La gouvernance recouvre aujourd'hui des formes variées :

- Dans le cas de Brest, cas de département civil et militaire constitué, s'est mise en place une gouvernance mixte et équilibrée pour les deux départements concernés :
 - o L'équipe de gouvernance est constituée d'un chef de département qui est un médecin, souvent chef de service ou chef de pôle dans son établissement d'origine et d'un cadre de département qui est cadre supérieur de santé.
 - o Pour le DAU (département d'accueil des urgences adultes) : le chef du département est civil et le cadre coordonnateur du département est militaire
 - o Pour le DIM (département d'imagerie médicale civile et militaire) : le chef de département est militaire et le cadre coordonnateur de département est civil
- La gouvernance relative aux autres projets de coopérations (bloc opératoire par exemple), relève quant à elle de la direction générale et de la direction des soins de chaque établissement.

c.2) En EHM

- L'exercice de la coopération en EHM relève essentiellement de la contribution à la structuration de filière de soins et l'harmonisation des prises en charge par la formalisation de nouvelles procédures communes. Un exemple pour illustrer ce propos concerne un travail sur les bonnes pratiques de prélèvements sanguins et d'acheminement des résultats (Marseille), (*PMP GHT 13, Hôpitaux de Provence*). Il s'agit de l'harmonisation des pratiques de prélèvements des infirmiers et des pratiques de conformité des résultats traités par les techniciens de laboratoires entre établissements partenaires (notamment en phase pré analytique).
- En complément, des actions de soutien et de renfort ponctuel ont été réalisées en situation de crise par des professionnels de santé ; par exemple, durant la crise sanitaire de COVID19 des aides-soignants militaires ont renforcé des équipes civiles en établissements publics pendant 3 semaines.

D) Les organisations de travail et pratiques professionnelles

d.1) En EHCM :

L'analyse des questionnaires et des entretiens auprès des directeurs des soins et des cadres supérieurs de santé impliqués dans la mise en œuvre de projets de coopération met en évidence des différences dans les organisations et les pratiques professionnelles.

Les organisations de travail

Les différences objectivées dans les organisations de travail relèvent de plusieurs champs qui sont les suivants :

- Les cycles de travail et les amplitudes horaires sont différents :
Les cycles de travail pour les professionnels civils sont annualisés, ce qui n'est pas le cas des professionnels militaires. Les roulements de travail peuvent se faire selon les établissements sur 10 à 12 semaines alors que pour les HIA, les plannings sont mensuels.
L'amplitude horaire est majoritairement de 7h30 pour les établissements civils type CHU et de 7h36 pour les militaires.
Enfin un dernier point concernant l'organisation du temps de travail peut être cité : les temps de repas sont différents d'un établissement à l'autre. Un exemple est donné relatif à deux établissements partenaires où les personnels civils ont 30 minutes de temps de pause repas alors que les personnels militaires ont 45 minutes.

- Le ratio soignant / lit ou volume d'activité par technicien est un élément évoqué par les directeurs des soins et les cadres supérieurs de santé civils. Ils indiquent majoritairement que les hôpitaux militaires ont davantage de ressources humaines au regard de leur activités comme le rapporte M. N, CSS civil « *La différence essentielle c'est le RH : nombre de professionnel/ lit, la dotation est plus importante chez les militaires.... Un ajustement sera à faire sur les soins ou les organisations transversales dont la dotation est plus importante également qu'il s'agisse de PM ou de PNM chez les militaires. Cela est sûrement à cause des OPEX pour donner plus de flexibilité que les Établissements publics de santé. »*

- Les spécificités militaires : Elles tiennent au maintien des aptitudes physiques. Celles-ci doivent être intégrées dans le temps de travail : pour répondre au Contrôle de la Condition Physique du Militaire (CCPM). Le CCPM est composée de 3 aptitudes physiques : endurance cardio-respiratoire (ECR), aisance aquatique (AA), capacité musculaire générale (CMG) : aptitudes obligatoires et participant à l'évaluation et la notation du militaire

Ces différences dans les organisations de travail liées aux statuts distincts civil et militaire complexifient la gestion du temps de travail en particulier en équipe mixte civile et militaire. Le rôle de l'encadrement est ici prépondérant dans l'intégration de ces différences dans l'exercice quotidien des soignants. Permettre d'associer ces différences tout en optimisant les prises en charge des patients peut être ressenti comme une vraie gageure. L'encadrement stratégique et opérationnel est là aussi déterminant pour la réussite de ces ajustements organisationnels dans les nouveaux environnements de travail pour les équipes ainsi que pour leur acceptabilité. Ainsi une CGS civile interrogée sur ce point répond :

« L'accompagnement par les cadres supérieurs de santé et les cadres de proximité facilitent la coopération et aplanit les difficultés. »

Les logiciels métiers

Outils essentiels à la coopération entre professionnels du soin, les logiciels métiers sont en grande partie différents d'un établissement à l'autre comme le précise M. T CSS militaire *« Ils n'ont pas les mêmes outils informatiques, ils ne peuvent pas échanger les infos, ce qui rend les choses difficiles »*. Cette difficulté supplémentaire oblige à mettre en place des organisations parallèles parfois dégradées pour récupérer l'information nécessaire à la prise en charge du patient.

Les pratiques professionnelles

Les professionnels interrogés identifient des différences qui, même si elles ne sont pas notables, sont soulignées par les interviewés. Elles portent notamment sur le formalisme des procédures. Ces dernières sont plus formalisées en établissements militaires et plus adaptatives en établissements civils et fonction du praticien. Des différences sur les modes opératoires, les pratiques de tri aux urgences ou les protocoles de Bloc font l'objet d'harmonisation des pratiques et sollicitent des groupes de travaux civils et militaires. La question des numéros d'accréditations des laboratoires reste une question épineuse puisque chaque établissement a son propre numéro d'accréditation, son propre système

d'information et des automates différents ; ceci peut conduire à une perception des coopérations multi-site complexe et des volontés de simplification facile comme le précise Mme LB CSS civile : «Pour moi un transfert en bloc de toute l'équipe de l'HIA vers le CHRU est plus réaliste, car sinon cela n'est pas compatible avec le COFRAC »

L'évaluation des professionnels

La notation et l'évaluation des personnels en équipe partagée est une question qui préoccupe les cadres supérieurs de santé civils et militaire en atteste cet extrait de l'interview de Mme LB « *La grosse difficulté va être l'évaluation de ces agents (militaires) dépendant d'un cadre civil ; et FA (cadre de santé militaire de l'HIA) arrive sur un secteur (du CHRU) et devra évaluer les civils. Est-ce jouable auprès de nos instances ?* »

Les outils juridiques de coopération

Ceux-ci sont à 50% des conventions et à 50% des mise à dispositions et de manière occasionnelle des AOT de 12 à 18 mois pour des activités telle que l'unité de chirurgie ambulatoire à Brest ou des vacations de salle de bloc opératoire à Lyon ou encore de consultation de médecine à Metz

d.2) En EHM :

Les organisations de travail :

L'analyse des entretiens et des questionnaires ne montre pas de différences notables dans les organisations de travail portant sur des activités transversales de coopérations

«comme la PEC de la douleur pour l'inter CLUD ou le parcours de formation ou la qualité c'est superposable » comme le décrit M. L CSS militaire lors de son interview et il rajoute « *on nous a remonté une rigueur et une facilité d'organisation qui sont plus formalisées chez nous* ».

En EHM les coopérations ne mettent pas en exergue le même niveau de complexité dans la gestion des temps de travail ou des pratiques professionnelles. Ici les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé sont les principaux acteurs des projets transversaux. L'encadrement ne semble pas rencontrer de grandes difficultés hormis la question de la temporalité lente des projets qui finit par émousser les motivations au fils du temps.

La question de l'évaluation des professionnels ne se pose pas.

Les outils juridiques utilisées dans ces coopérations sont les conventions.

En conclusion

La difficulté des coopérations réside pour les établissements en EHCM sur la gestion de statuts et d'organisations de travail différents au sein d'équipes mixtes pour des coopérations plus inclusives que celles des EHM. Les EHM quant à eux fondent leurs coopérations sur la structuration de parcours ou d'activités transverses sans équipes paramédicales dédiées sur le modèle des coopérations entre établissements parties d'un GHT.

Dans les deux cas le soutien médical aux projets est un atout pour la réussite des coopérations chez 75% des répondants. Chez 25% des répondants l'échec de l'intégration médicale peut entacher la réussite de la coopération paramédicale en particulier si les projets ne sont pas coordonnés par les directeurs des soins.

4.2.3 La dimension du travail en équipe

A) Entre similitudes et différences aux niveaux stratégique et opérationnel

Cette dimension du travail en équipe recouvre deux aspects, l'un stratégique et l'autre opérationnel.

A.1) La dimension stratégique

Elle est relative à la volonté des partenaires de formaliser leurs coopérations. Dans les deux cas de figure qu'il s'agisse d'EHM ou d'EHCM les coopérations s'inscrivent dans le Projet de Soins Infirmier Rééducation et Médecoteknique (PSIRMT) de l'établissement, du territoire et le projet médico-soignant du GHT.

Cette coopération en EHCM est identifiée sous l'axe « maintien des compétences opérationnelles et mutualisation des moyens dans le cadre de filières de soins de territoire ».

Cette coopération s'illustre en EHM au travers la structuration de filière de soins entre HIA et CH dont quelques exemples peuvent être cités :

- Le parcours patient à travers le ROR PACA / GHT concernant la prise en charge de l'obésité ou la prise en charge du syndrome post traumatique suite aux attentats,

- Parcours patient en santé mentale dans le cadre de la sismothérapie entre HIA Bégin (Saint Mandé) et les Hôpitaux Saint Maurice au sein du GHT 94 Nord
- Le parcours étudiant en IFSI du territoire au sein du GHT 83
- Un axe de travail sur la bientraitance avec un groupe de travail et l'organisation d'une journée annuelle inter établissements assorties d'une production d'outils (engagement bientraitance, cube de bientraitance...)

La CSIRMT de territoire est une tribune de choix pour mettre en valeur ces coopérations, comme cela fut le cas récemment lors d'une présentation par les cadres de proximité sur le RETEX relatif à la crise COVID19.

« Les directeurs des soins définissent les grandes thématiques communes aux paramédicaux et ils font intervenir des professionnels de santé souvent des cadres de santé volontaires ... La CSIRMT marche bien » propos recueillis par M.L CSS militaire

A.2) La dimension opérationnelle

Elle est relative à la mise en œuvre des projets de coopération sur le terrain et la déclinaison du PSIRMT. Elle englobe à la fois le volet communication, la phase préparatoire en réunions de travail, l'accompagnement des équipes et à terme l'évaluation du projet.

a.2.1) La communication

La communication constitue une étape essentielle à tout projet, comme le précise G. LE BOTERF qui identifie les trois conditions au développement de la coopération (Boterf & Le Boterf, 2007) et qui sont : « le savoir-coopérer », « le pouvoir-coopérer » et « le vouloir-coopérer ». Trois conditions qui toutes mettent l'accent sur la qualité de la communication et mobilisent des outils, des moyens, des espaces et des capacités de communication favorables à une bonne coopération.

Cette communication a pour objectif de donner une lisibilité aux projets de coopération et de préciser le sens de ces partenariats inter -établissements.

En EHCM :

La communication revêt une importance toute particulière. Celle-ci est destinée aux professionnels de santé médicaux et paramédicaux partenaires, aux instances institutionnelles avec une forte implication des organisations syndicales et enfin elle est à destination du grand public (bénéficiaires du soin). Ainsi compte tenu de la diversité des publics ciblés, les supports de communication sont eux aussi diversifiés. Des mémentos,

des livrets d'accueils, des réunions d'information collectives sont organisées à l'intention des soignants et l'encadrements de proximité est majoritairement associé à l'élaboration du projet même si l'on relève une grande variabilité sur le nombre de réunions d'information [2,10]. Les médias locaux sont également impliqués dans cette communication qu'elle soit informative ou polémique.

Cette communication stratégique est coordonnée par les équipes de directions pour une cohérence du discours entre établissements et relayée par l'encadrement de proximité et l'encadrement supérieur aux équipes de professionnels soignants. La moitié des interrogés disent informer les nouveaux arrivants sur les coopérations civile et militaire de l'établissement

Un acteur nouveau est identifié dans ce dispositif dont le rôle de communication est déterminant. Il s'agit du Directeur des Coopérations : une nouvelle fonction dans les hôpitaux militaires dédiée à la mise en place des coopérations. Cette fonction est assurée par un professionnel civil : Directeur d'Hôpital exerçant en étroite collaboration avec le CGS sur les sujets des coopérations paramédicales ; comme le rapporte le CSS militaire :

« La présence d'un directeur de coopération c'est un point fort et c'est le directeur des coopérations qui décrypte les tenants et les aboutissants des questions qui se posent et pourquoi des sujets posent plus problème que d'autres. Nous avons vu cette différence avec l'arrivée de A et F (DH) qui comprenaient bien le fonctionnement du CHU. »

En EHM :

La communication est moins délicate et elle est portée essentiellement par le PSIRMT déclinaison du PSMP du GHT

En somme, la communication sur les coopérations paramédicales est une phase sensible du projet. Elle est travaillée avec soin et fait l'objet de concertations et de réunions préparatoires entre les CGS des établissements partenaires accompagnées par les DRH dans ce dialogue. J'ai pu identifier lors des entretiens menés que les directeurs des soins se coordonnent pour les communications en instances type CHSCT, conseil supérieur d'établissement ou directoire et s'accordent pour fixer des calendriers assez proches. Les supports de communication à l'intention des instances consultatives d'établissements peuvent être identiques entre les établissements partenaires : même diaporama co-construit.

La communication, si elle est un préalable à l'initiation de tout projet, se poursuit tout au long de sa mise en œuvre. Cette communication connaît des ajustements permanents et s'affine lors des nombreuses réunions de travail.

a.2.2) Les réunions de travail

En EHCM

L'implication des acteurs et leur disponibilité sont décisives pour la bonne conduite du projet. Les réunions de travail sont animées par le CGS à l'intention des CSS pour déterminer les lignes directrices (modalités de mise à disposition), donner les éléments de langage, clarifier le cadencement des coopérations et caler ou ajuster les organisations aux fonctionnements des deux établissements

« Il y'a eu des réunions d'explications pour la réassurance des acteurs notamment les cadres de santé mais aussi les soignants ; le rôle du DS des deux directions doivent être alignées sur les objectifs et le partage de la méthode. Le rôle aidant du DS, permet de mettre en relation les acteurs, de se connaître et de partager les opinions. Ainsi les réactions sont rapides pour construire la coopération, ce qui est un vrai atout » propos recueillis par Mme. J CGS civile.

Ces réunions ont pu aussi se tenir dans des circonstances exceptionnelles comme la gestion de crise

« On l'a vu durant la crise sanitaire de COVID ; la doctrine stratégique est partagée entre ESP et HIA ; ça a été fait, pour la stratégie des masques, la stratégie de prise en charge des EVASAN (MORPHEE et le train sanitaire). Il y a eu une bonne réactivité : une bonne fluidité liée à la facilité de dialogue sur la filière respiratoire, puis la reprise de l'activité. Cette réactivité et fluidité est aussi liée au fait que les membres de la gouvernance se connaissent. Dans cette situation de crise les Directions des Soins étaient toujours présentes, ils (DS) se connaissent et cela facilitent les choses entre les établissements (CHRU et HIA). La place du DS dans cette coopération est essentielle ». Selon M.J CGS civile.

Cette situation illustre bien l'envergure d'une coopération forte au sens où la définit P. ZARIFIAN ; celle de « coordonner des travaux », de « travailler ensemble », de « communiquer » et de « développer un espace d'intersubjectivité et de compréhension réciproque pour établir des accords solides » (ZARIFIAN, 1996).

La relation de confiance et de connaissance mutuelle des DS est ici perçue comme un réel atout. Ceci nous renvoi au concept du « faire équipe » du sociologue R. Mucchielle quand il écrit : « Le premier ciment de la cohésion et de la coopération est la confiance envers les partenaires de travail » (MUCCHIELLI 2009). Cette confiance réciproque permet ainsi de mener à bien les projets et de les pérenniser

Les projets menés sont les suivants :

- Création d'un département d'accueil des urgences entre deux établissements (équipe mixte et gouvernance communes) ; Brest
- Transfert de l'activité des blocs opératoires des sites militaires vers le partenaire civil (Lyon, Brest, Metz)
- Transfert des activités de biologie médicale et des équipes médicales et paramédicales des HIA vers l'établissement public (même projet pour Brest, Lyon, Metz)
- Maintien des compétences pour les MER (Brest)
- Création d'un service commun de rééducation et réadaptation physique et psychique (Lyon)

Autant de projets qui imposent une réflexion et un ajustement des organisations. Sachant que toutes les régions n'ont pas le même degré d'avancée dans le projet ; certains sont encore à l'état de projet, d'autres de réalisation et d'autres d'évaluation. Chacun des projets s'inscrit par ailleurs dans son territoire avec ses spécificités.

La gestion opérationnelle est menée par les cadres supérieurs et les cadres de proximité concernant les règles de gestion des plannings, de l'absentéisme, des congés, de l'animation des groupes de travail pour l'harmonisation des pratiques.

A Lyon par exemple les soignants sont très impliqués dans la conception du projet comme l'indique M.N CSS civil « *on utilise beaucoup le Lean Management, ils (les professionnels : soignants) sont beaucoup sollicités pour donner leur avis et participer au projet : cela constitue un vrai élément de satisfaction pour un nouveau Projet d'Établissement pour les besoins de la population. Reste une inquiétude des professionnels par rapport à la délocalisation des activités.* »

En EHM

Les réunions de travail sont essentiellement informatives, et génèrent peu d'écrit. Ces réunions s'organisent alternativement dans chacun des établissements du GHT donnant l'occasion à chaque hôte de présenter sa structure et ses priorités de coopérations. « *Cela a généré un fort enthousiasme au début de la dynamique de coopération, cela tient aussi à la volonté des personnes et celle de l'établissement support.* » propos recueilli par M. L CSS militaire et confirmé par M.B CGS militaire « *Je connais très bien Mme G (CGS civile de l'établissement support du GHT), nous travaillons bien ensemble, il y'a une bonne dynamique entre DS* »

Les thèmes choisis pour cette coopération entre établissements parties du GHT et associée représentée par l'HIA sont :

- L'inter-CLUD,
- Le parcours de stage des étudiants,
- La gestion des lits : fonction Bed-Manager de territoire

Au global, la mise en œuvre de ces projets de coopérations est coordonnée par les directeurs des soins. La connaissance mutuelle des CGS apparaît très nettement dans le discours des managers interviewés comme un atout dans l'appropriation du projet par l'encadrement intermédiaires puis les équipes soignantes. Les directeurs des soins sont perçus comme facilitateurs voire catalyseurs de cette dynamique de coopération inter établissements civils et militaires. Ici les directeurs des soins sont identifiés comme les acteurs permettant de mettre en place les conditions de la coopération (Boterf & Le Boterf, 2007) : le savoir-coopérer, le pouvoir-coopérer et le vouloir-coopérer.

a.2.3) L'accompagnement entre période d'intégration et soutien social

L'accompagnement des équipes soignantes concerne plus spécifiquement les EHCM qui ont vocation à intégrer des équipes militaires en établissements publics.

L'accompagnement des équipes soignantes comporte une période d'intégration dont la durée est variable d'un établissement à l'autre et d'une spécialité à l'autre. Cette période varie de 1 à 3 semaines. Elle comporte : la visite des locaux, un temps de formation, un parcours professionnel et une procédure d'habilitation. Les procédures d'habilitation concernent les techniciens de laboratoire d'analyse médicale et les infirmiers en soins généraux des structures d'accueil des urgences. Ces périodes d'intégrations sont suivies d'un temps d'échanges entre l'encadrement de proximité et les soignants.

Les directeurs des soins indiquent unanimement qu'il est trop tôt pour une évaluation pertinente de cette période d'intégration.

L'intégration des équipes civiles ou militaires dans l'établissement partenaire peut être source d'inquiétude et de questionnement. Certains établissements ont prévu un accompagnement social en créant des cellules d'accompagnement en particulier pour la question RH.

Ces cellules souvent pilotées par le DRH et le CGS des deux établissements partenaires ont vocations à répondre aux questionnements d'ordre statutaire, aux inquiétudes relatives à la mobilité des agents et évolutions de carrières des professionnels en exercice partagé ou « intégré ». M. T CSS militaire l'évoque d'ailleurs en ces termes :

« Le CHRU pensait accompagner ses personnels par une cellule car les personnels craignent l'envahissement et leur potentiel d'avancement ou leur mobilité choisie seraient rentrés en concurrence avec les techniciens de l'HIA. »

Certains autres établissements aux regards des inquiétudes émergentes, évoquent l'intérêt d'un dispositif d'accompagnement social à constituer : comme l'atteste ce commentaire de M. N CSS civil des HCL « *Ils (les soignants) partent de la campagne vers le centre-ville. Un déménagement des professionnels risque de ne pas suivre. On n'a pas encore planché sur l'accompagnement social, qui est une vraie inquiétude des professionnels.* »

B) Les difficultés rencontrées

Elles sont de quatre ordres :

- Les difficultés relationnelles,
- La temporalité du projet,
- Les valeurs professionnelles,
- Les représentations identitaires et la culture d'appartenance

B.1) Les difficultés relationnelles

Elles sont différentes entre EHCM et EHM

En EHCM

La qualité des relations dans la construction de ce partenariat est considérée comme bonne dans 75% des réponses, en atteste ce commentaire « *même si les statuts sont différents, on a commencé par les professionnels volontaires pour le démarrage de la coopération et les relations professionnelles sont bonnes* » Dixit CGS CHRU.

Ce constat est néanmoins plus nuancé dans 25% des réponses ; les relations sont considérées comme difficiles en lien avec « *une incompréhension sur l'intérêt de la coopération et ses objectifs* » selon Mme G FFDS militaire et Mme LB CSS civil

« *Les paramédicaux du CHRU, connaissent l'échéancier des transferts sauf que ce calendrier n'est pas respecté. Le GT RH est le seul réactivé, les contractuels ont peur et se disent que les professionnels de l'HIA prendront leur place.* »

En EHM

Les difficultés relationnelles ne sont pas ressenties par les interrogés, seule « la volonté de faire et de persévérer dans la construction de partenariat » peut à terme s'essouffler. Un discours commun aux managers interrogés. Un exemple représentatif peut-être cité :

« *Le nombre de réunions mené entre les différents membres de GT étaient important au début du projet (les 2 premières années) puis de moins en moins de 4 à 6 par ans à zéro pour des réunions qui duraient 3h sans compter le temps de préparation, le CR...* » selon M. L CSS militaire

Ainsi en définitif les difficultés relationnelles sont liées soit à une méconnaissance du sens donnée à la coopération ou des objectifs attendus de cette coopération ou encore à un émoussement de la volonté des acteurs à poursuivre cette coopération.

B.2) La temporalité du projet

La durée du projet et son étalement dans le temps peut être source de démotivation voire d'incompréhension ce qu'évoque M.N CSS civil « *Ce qui plombe, c'est la durée du projet avec des arrêts multiples. On a débuté en 2016 : c'est le départ du projet pour une réalisation initialement prévue en 2019 puis maintenant, on parle de 2024. Au début on pouvait faire beaucoup de réunions pour avancer vite puis un stop pendant 18 mois.* »

Cette notion est reprise dans son discours comme pouvant être un risque d'échec à la réussite du partenariat « *Le gros écueil : la gestion du projet par à-coup qui démobilise les professionnels avec perte de confiance, place aux questionnements et réflexions fantaisistes.* »

La lenteur dans la progression du projet est un risque de démobilisation des équipes. Cette analyse est commune pour tous les établissements engagés dans ces partenariats. La notion d'éloignement géographique entre les établissements est également évoquée en particulier pour le Var.

B.3) Les valeurs professionnelles

En EHCM

Elles sont considérées similaires dans 75% des réponses. Les termes utilisés sont :

- Sens du service public, valeur du service public
- Solidarité, empathie
- Respect de la personne soignée
- Sécurité
- Communication
- Tolérance

Néanmoins 25% des répondants les estiment différentes : « *non similaires entre civils et militaires ..., chez les militaires le sens de la loyauté est plus fort, mais bon, ils (professionnels civils et militaires) ont tous à cœur de bien faire leur travail* », « *le rapport à*

l'institution diffère mais pas par rapport à la prise en charge du patient mais vis-à-vis de la hiérarchie » propos recueillis par la CGS civile en EHCM

En EHM

Les valeurs professionnelles ne sont pas ressenties comme différentes. Les termes choisis sont :

- Cohésion
- Rigueur
- Volonté de bien faire,

Cependant les interviewés s'accordent sur un point : les décisions hiérarchiques en établissements militaires sont plus facilement mises en application et moins discutées.

Les principales différences entre les valeurs professionnelles des professionnels civils et militaires semblent tenir au rapport hiérarchique fort des militaires et leur attachement institutionnel.

B.4) Les représentations identitaires et la culture d'appartenance

Les représentations identitaires :

- Les représentations identitaires tiennent à l'image que se fait chaque professionnel de l'autre. Elles portent essentiellement sur les valeurs du métier de soignant. Les professionnels civils se représentent les soignants militaires comme des professionnels rigoureux et disciplinés se caractérisant par : l'obéissance, la rigueur procédurale, la polyvalence mais avec un doute sur leur capacité à travailler dans certaines spécialités et à des rythmes soutenus. Ils rattachent systématiquement l'exercice du soignant militaire aux opérations extérieures en zones de conflits.
- Les représentations identitaires de l'exercice soignant des civils vus par les militaires est le suivant : le sens du travail bien fait, la continuité du service, la permanence des soins, la discrétion, la non-discrimination, la disponibilité, le sens du devoir. Cette représentation décrite par les directeurs des soins, peut être en contradiction avec celle des cadres supérieurs militaires qui parlent des établissements publics comme « *d'usines où les soignants ne disposent pas d'un temps suffisant pour s'occuper de chaque cas* »

Ces témoignages révèlent que les représentations identitaires des civils portent sur les aspects techniques du métier et sur la performance professionnelle tandis que les militaires

mettent l'accent sur les aspects relationnels du métier portant à croire que leurs grilles d'évaluation ne sont pas les mêmes.

Cela tient à leur construction identitaire qui est différente. L'une militaire avec une dominante marquée par une identité relationnelle et donc hiérarchique et l'autre civile marquée par une identité biographique fondée sur l'appartenance au métier liée au diplôme et à la qualification. (Dubar. C, 2015, page 112)

La culture d'appartenance

Celle-ci est considérée à 100% par les DS comme relevant d'un sentiment fort d'appartenance à l'institution : quelques explications sont données comme :

Pour les soignants civils :

- L'attachement à l'histoire de l'établissement, des habitudes de travail, l'attachement à une équipe, les études faites au sein de la structure, le niveau d'excellence de l'établissement implique « *la fierté du professionnel de travailler dans un établissement* »

Pour les soignants militaires :

- L'attachement aux valeurs militaires, au statut militaire ressentis comme moins prégnant que le statut des personnels civils
- L'attachement à une communauté et donc un établissement ; « *ce qui est particulièrement vrai pour le SSA et qui est renforcé par cette période de crise, ... les personnels d'un ministère (des Armées) se sentent appartenir à une communauté qui à travers son engagement, intègre la notion du sacrifice ultime ...* » propos recueillies auprès d'un CGS militaire
- Le « SSA a beaucoup travaillé sur sa marque employeur. Par exemple ; la fierté des personnels de travailler dans leur HIA » le souligne Mme J CGS civil

La peur de perdre son identité est aussi invoquée par les soignants et les collectifs de défenses comme le rapporte M. N CSS civil « *Oui, ça fait partie des questions : la perte de l'identité de l'établissement civil d'H G lors du déménagement à l'HIA contrarie les soignants. Il est donc prévu que Le nom d'H G figure à l'HIA (2 logos, avec une signalétique et une communication pour mettre en valeur cette coopération ; cela est prévu ou du moins évoqués.* »

Au regard de ces déclarations, il apparaît que l'attachement à une institution constitue un paramètre de l'identité professionnelle pour les soignants civils ou militaires et qu'il est important d'en tenir compte dans la construction des collectifs de coopérations. Une dimension que les Directeurs des Soins ont manifestement intégrée.

4.3 Les enjeux et les perspectives attendues

Les résultats de l'enquête révèlent trois niveaux de perspectives et d'enjeux perçus par les directeurs des soins.

4.3.1 Des opportunités pour la construction du GHT

La réponse est partagée : 60% pensent que c'est une opportunité et 40% ne le pensent pas.

Les directeurs des soins favorables à cette coopération pour construire le GHT rapportent les propos suivants :

- « *La coopération civilo-militaire consolide les relations inter personnes et facilite le maillage de l'offre de soins du territoire* »,
- « *Les acteurs du GHT ont tous intérêt à apprendre à se connaître pour mieux répondre à l'offre de soins du territoire* », CGS militaires ;

Faire un logo partagé est une idée évoquée dans deux des EHCM investigués.

Ce discours est également relayé par les cadres supérieurs en atteste un court extrait :

«l'objectif de cette coopération civilo-militaire, c'est d'apporter un même niveau de soins quel que soit l'endroit du territoire : offrir un soin le plus optimisé, le plus opérationnel, comme prendre des pans d'activités et en lâcher d'autres. Cela pourrait être une belle opportunité HIA-CHRU mais il faut pour cela écouter les gens du terrain. » selon Mme LB CSS civil

4.3.2 Une mobilité choisie

La mobilité choisie des professionnels permettrait de « diversifier son exercice professionnel pour les militaires et de découvrir les structures militaires pour les civils ». Cette réponse est très partagée. La moitié des DS sont favorables à cette mobilité choisie, pour un quart, il n'y voit pas une raison d'attractivité supplémentaire et le dernier quart juge le dispositif encore jeune pour pouvoir donner un avis.

4.3.3 Une opportunité de développer des compétences :

Unaniment les directeurs des soins estiment que cette coopération civile et militaire est une opportunité de développer des compétences supplémentaires. Quelques exemples sont cités.

- La chirurgie vasculaire indispensable en OPEX pour les militaires
- La bactériologie nécessaire au maintien des compétences des techniciens de laboratoires,
- La prise en charge des polytraumatisés peu fréquente en HIA et présente en CHU
- Le RETEX sur les OPEX pour le CHU et les autres établissements hospitaliers
- Le partage des compétences rares sur le territoire comme la métrologie
- Le partage de programme et de journées pédagogiques entre CHU et HIA
- L'optimisation budgétaire pour les formations groupées au sein du GHT

Le seul bémol exprimé par les Directeurs des Soins militaires issus des EHCM est : la nécessaire polyvalence des infirmiers spécialisés militaires à développer pour l'opérationnalité. Ce qui est difficile en CHU en lien avec l'hyper spécialisation des prises en charge. Cela concerne surtout les IBODE et les TLAB. « Les soignants militaires sont plus généralistes que les civils surtout au bloc, ce qui nécessite l'accompagnement par les cadres supérieurs et les cadres de proximité qui facilitent la coopération et aplanissent les difficultés » dixit CGC CHU

Les résultats et l'analyse de cette enquête viennent confirmer les hypothèses énoncées et répondre à la problématique posée relative aux enjeux et défis à relever par les directeurs des soins pour mener à bien ces coopérations au sein d'un collectif de direction.

Ainsi chacune des hypothèses est validée par une argumentation et des éléments étayés par les interviewés. Les trois hypothèses énoncées comme suit sont reprises dans le tableau synthétique ci-dessous :

Les hypothèses :

Pour répondre à la problématiques posée, trois hypothèses sont évoquées :

L'hypothèse 1

Une acculturation aux environnements est -elle un préalable à la constitution d'équipe civilo-militaire ?

L'hypothèse 2

Une appropriation des objectifs et des finalités est-elle un prérequis pour la réussite de la coopération ?

L'hypothèse 3

Une approche négociée dans la conduite de projet civilo-militaire nécessite-elle des compromis pour la pérennité des coopérations ?

Ces trois hypothèses, si elles semblent évidentes et relever de prérequis dans la mise en œuvre de projets de coopération à un niveau stratégique, leur mise en œuvre opérationnelle mérite d'être réaffirmée et accompagnée pour qu'elles trouvent une réalité concrète et englobent toutes les dimensions du partenariat civil et militaire.

Hypothèse 1

Une acculturation aux environnements est-elle un préalable à la constitution d'équipe civile et militaire ? **oui**

Argumentation	Des différences majeures objectivées peuvent être un obstacle à la réussite du projet : elles sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none">- Des missions spécifiques (service public, soutien sanitaire des forces armées)- Des statuts distincts civils et militaires- Des outils métiers différents (logiciels métiers, automates)- Des organisations différentes (gestion du temps de travail...)- Une culture d'appartenance spécifique- Des représentations identitaires différenciées
Leviers	Co-construire les conditions favorables à une connaissance mutuelle pour réussir la coopération civile et militaire
Opportunités	<ul style="list-style-type: none">- Des projets communs- Une politique partenariale affichée

Hypothèse 2

Une appropriation des objectifs et des finalités est-elle un prérequis pour la réussite de la coopération ? **oui**

Argumentation	La connaissance des objectifs attendus de la coopération civile et militaire par les équipes opérationnelles permet une meilleure compréhension de la coopération. Il s'agit des orientations stratégiques suivantes : <ul style="list-style-type: none">- Participation des HIA au service public- Le maintien des compétences métier pour les professionnels militaires par un exercice en établissement civil- La contribution à la structuration de l'offre de soins du territoire au sein des GHT
Leviers	Une stratégie de communication et d'accompagnement au changement à l'intention des équipes opérationnelles co-construite par les partenaires : <ul style="list-style-type: none">- Co-Pilotage stratégique civile et militaire de la coopération- Implication des professionnels de terrain dans la construction de la coopération et dans les modalités de mise en œuvre
Opportunités	<ul style="list-style-type: none">- Communication en interne et en externe sur la coopération- Formation commune (DPC, Séminaire, colloque)- Recherche et innovation en co-développement et en réseau

Hypothèse 3

Une approche négociée dans la conduite de projet civile et militaire nécessite-elle des compromis pour la pérennité des coopérations ? **oui**

Argumentation	La mise en œuvre de la coopération civile et militaire est la déclinaison d'une politique de santé publique attendue des tutelles respectives que sont le ministère des armées et le ministère de la santé : incarnée par le : <ul style="list-style-type: none">- Le modèle SSA 2020- Le corpus juridique facilitant cette coopération
Leviers	La connaissance des enjeux du partenaire : <ul style="list-style-type: none">- Mutualisation des compétences- Partage d'expérience- Rationalisation des moyens- Déport ou transfert d'activité (éviter redondances et concurrences des activités)- Structuration de l'offre de soins du territoire- Diversification des exercices professionnelles- Consolidation d'un réseau de soins
Opportunités	Partage des expertises et des moyens civils et militaires

Ces hypothèses validées, elles permettent d'une part de proposer des préconisations et des recommandations favorisant la réussite du projet de coopération civile et militaire et d'autre part d'envisager des perspectives d'avenir à développer.

5. PRECONISATIONS ET RECOMMANDATIONS

Les préconisations et les recommandations proposées sont le fruit de l'analyse de l'enquête menée auprès des directeurs des soins et des cadres supérieurs de santé. Elles sont aussi le fruit des suggestions de pistes d'amélioration proposées par les directeurs des soins lors des entretiens et enfin les apports de la littérature sur le sujet des coopérations et des conduites du changement.

Ces préconisations s'articulent autour de 3 axes :

5.1 Les modalités de pilotage : méthodes et moyens

5.1.1 Les Méthodes

La relation de confiance tissée entre les Directeurs des Soins est un préalable à la co-construction du projet. Cette relation constitue le socle à partir duquel se forme le réseau de travail ou le maillage professionnel entre les différents acteurs du terrain : les cadres supérieurs, les cadres de proximité, les soignants et tous les interlocuteurs contribuant à la réussite du projet. Les Directeurs des Soins ont un rôle à jouer dans la présentation des acteurs et leur mise en relation pour l'impulsion du projet. Un rôle qui suppose des qualités et des aptitudes relevant de l'altérité, du dialogue et de la capacité de persuasion.

Comme le rappelle la CGS civile d'un EHCM : « *Le rôle du DS dans la gouvernance des 2 entités et l'implication des 2 DS est très importante +++pour la co-construction du projet (partager, communiquer entre DS et avec les équipes) ; mais aussi bien mettre l'encadrement dans la boucle ; créer des temps communs pour partager des pratiques autant que possible* ».

Cette relation de confiance entre les directeurs des soins naît de leur connaissance réciproque et antérieure mais aussi de leur appartenance à un même corps et une même formation avec ses codes et ses formalismes. Leurs approches dans les coopérations sont par conséquent assez similaires.

Les Directeurs des Soins mettent l'accent sur :

- Une coordination commune de la coopération entre les directions des soins pour une cohérence dans l'accompagnement du projet et des orientations partagées et claires : une assertion retrouvée dans 25% des réponses. Cette coordination nécessite une préparation préalable et conjointe des réunions de travail avant présentation aux équipes opérationnelles. Une instance de co-pilotage opérationnelle coordonnée par les directeurs des soins avec un suivi rapproché dans la mise en œuvre des actions de coopération est un gage de réussite du projet. La composition des membres de cette instance dépendra du périmètre du projet et des acteurs impliqués dans la conception-réflexion puis dans la mise en œuvre du projet.
- La nécessaire implication de tous les professionnels dans le dispositif ainsi que la connaissance du fonctionnement et des périmètres d'attribution des membres de la gouvernance du partenaire : comme le révèle le témoignage d'un CGS militaire

« Il est évident que la collaboration des DS est essentielle pour lever les difficultés de cette coopération et fédérer les équipes d'encadrement par la traduction des enjeux. Dans le secteur civil mais aussi militaire, il a pu manquer pour la bonne progression de cette coopération, une connaissance mutuelle du top management et une vision partagée à la fois médicale mais aussi administrative. Les directeurs des soins ont été sollicités dans un second temps pour apporter des adaptations nécessaires aux partenariats paramédicaux et apporter des solutions aux difficultés rencontrées. »

Les enjeux de pouvoir entre les acteurs est une dimension qui doit être appréhendée. Une réalité qui conduit les décideurs et notamment les Directeurs des Soins au sein des équipes de direction à déployer des stratégies de gouvernance pour mener à bien leurs projets.

Ici la définition de *Pouvoir* s'entend comme : « le pouvoir de A sur B qui est la capacité de A d'obtenir de B qu'il fasse quelque chose qu'il n'aurait pas fait sans l'intervention de A » (M. Crozier, 1981)

Les ressources du pouvoir dans ce sujet sont : « la contrainte et la légitimité et peuvent se décliner en : jeux d'autonomie, de transparence, d'opacité, de valorisation ou de dévalorisation. » (A. Mucchielli, 1998).

La connaissance de ces « jeux » permet aux Directeurs des Soins au sein de leur direction respective d'adapter leur stratégie de pilotage du projet. Cette stratégie de pilotage tient compte des contraintes (multifactorielle : médico-économiques, organisationnelles ou historique) du partenaire ou de son homologue et de son positionnement au sein de l'équipe de gouvernance.

5.1.2 Les Moyens

Les moyens de la coopération concernent tous les dispositifs mis en place pour faciliter la communication. Ces moyens concernent autant le formalisme structurant les réunions de travail que les outils déployés pour mener à bien ce projet.

La planification des différentes étapes nécessite de convenir sinon d'un système de convergence et de partage des informations, du moins d'outils collaboratifs. Ces outils partagés doivent être d'une ergonomie de travail simple et facilement accessible. Le principal écueil est de ne pas identifier des ressources humaines précieuses pouvant contribuer à l'avancée du projet de coopération et qui n'auraient pas les droits d'accès au réseau de travail collaboratif se privant ainsi de compétences pertinentes.

Les moyens identifiés sont aussi la rédaction d'une charte ou d'une politique de coopération entre les établissements partenaires afin de déterminer les grandes orientations du projet. Cette charte est le moyen de s'accorder sur les grands principes de la coopération avant la mise en œuvre du projet. Il est souhaitable que la rédaction de cette charte ou politique de coopération associe le top management ainsi que l'encadrements de proximité. Les zones d'incertitudes supposant des alliances ou des compromissions dans la réalisation du projet ne doivent pas être omises pour que le document co-rédigé ait une réelle valeur d'engagement réciproque. Cet engagement associe à la fois la communauté médicale et paramédicale. Les Directeurs des Soins sont à cet égard les acteurs privilégiés de ce dialogue entre communauté médicale et paramédicale par leur expertise des organisations et leur collaboration régulière avec les présidents de CME. La contribution des DS à la rédaction de cette charte permet d'aller vers un alignement entre culture du monde médicale et du monde soignant comme décrite dans la conduite des organisations de santé. (M. Louazel et al, 2018)

5.2 La convergence des Intérêts partagés

Cette convergence des intérêts partagés peut se concevoir au travers deux aspects : Celui de créer un sentiment d'appartenance (1) et celui de comprendre les enjeux du partenaire (2)

5.2.1 Créer un sentiment d'appartenance partagée par un travail ensemble

La création d'un collectif de coopération entre professionnels civils et militaire relève d'une construction identitaire nouvelle pour un collectif de travail nouveau. Cela suppose la construction de relations nouvelles (Sainsaulieu, 2006) page 75, des expériences et un vécu nouveau à l'origine de l'émergence d'une culture d'appartenance commune. Ce sentiment d'appartenance partagé se nourrit de valeurs partagés (*La sociologie, construction des identités sociales et professionnelles*, C. Dubar, page 115), d'une coopération forte comme la décrit le sociologue ZARIFIAN et animer par un engagement collectif pour une mission commune : celle du (service public). Cette mission de service public dévolue à chacune des entités est le socle fondateur de cette coopération civile et militaire.

Les valeurs partagées par ses soignants se rassemblent autour de celles dite biographiques et relationnelles comme évoquées par C Dubar page 112 pour se fédérer autour d'un idéal commun celui du meilleur service, du meilleur soin dispensé aux patients. Ces valeurs partagées doivent être soutenues, portées voire enseignées aux professionnels soignants par l'encadrement supérieurs sous l'impulsion des DS pour leur appropriation. (Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique, 2007) page 215

Cet idéal commun se nourrit aussi d'une représentation partagée de la coopération qui ne doit pas servir un établissement au détriment de l'autre. Ici l'image symbolique de la coopération est aussi importante. La coexistence des logos des deux établissements dans le cas des EHCM participe à créer ce sentiment d'appartenance de ces coopérations innovantes. Le journal interne de chacun des établissements doit pouvoir illustrer des situations de partenariat à valoriser. Les directeurs des soins ont un rôle promoteur dans ce champ de la valorisation des actions menées par les soignants.

De même que la présence et l'implication des directeurs des soins dans les instances décisionnaires et consultatives pour les projets partagés est hautement symbolique et contribue à construire l'identité d'appartenance.

5.2.2 Comprendre les enjeux du partenaire

La connaissance des partenaires de coopérations et la connaissance des enjeux stratégiques de chaque établissement sont des préalables à la construction de collaborations solides ; comme le rappelle un CGS militaire : *« d'abord la connaissance de l'autre est importante, celle du réseau aussi, les directions des soins, premiers contacts, sont la clé de voute de ces coopérations, dont la réussite procède de la qualité des relations qu'elles ont établies entre elles »*

Les directeurs des soins ont par certains aspects un rôle de traducteur comme le stipule une CGS civile *« issus de la même formation, constituant un même corps avec un même bagage nous sommes amenés à traduire les positions et expliciter les enjeux des partenaires puisque les directions des établissements civiles et militaires sont issus de filières différentes »*.

Ce propos illustre bien le besoin d'une communication de qualité fondée sur la connaissance de l'autre notamment pour ce qui concerne les missions spécifiques des établissements militaires et les enjeux qui en découlent. Les missions de soutien santé aux forces en opération extérieure est la mission régaliennne du service de santé des armées. Cette mission nécessite le maintien de compétences dites « opérationnelles » notamment les soins critiques, la biologie médicale, et impose un certain degré d'autonomie des professionnels pour la réalisation de ces activités sur le terrain. De plus ces missions exigent une certaine polyvalence dans les activités techniques. Ce qui est le cas des techniciens de laboratoires ou des IBODE.

Ces spécificités doivent être prises en compte dans l'élaboration des programmes de formation et de maintien des compétences des professionnels de santé militaires exerçant en établissement civil.

De même, l'expertise des uns et des autres apportent une plus-value à la prise en charge des patients. La structuration de filières est un autre aspect de la coopération qu'il convient de prendre en compte pour optimiser les actions entreprises, ce qui est particulièrement vrai pour les disciplines de rééducation et de psychiatrie notamment pour la prise en charge du syndrome post-traumatique comme l'avait évoqué le CSS des HCL «*L'HIA Desgenettes (Lyon) est intéressée par notre expertise neuro et les HCL est intéressée par votre expertise en traumatologie complexe et en psychiatrie notamment : la prise en charge du syndrome post traumatique des militaires en retours d'OPEX, il y a là une assimilation aux besoins des patients ayant vécu un AVP Violent. Il s'agira de mixer les expertises médico soignantes. C'est bien plus qu'un simple rapprochement géographique et un projet architectural. »*

La mutualisation de ces compétences entre professionnels civils et militaires pourrait être un nouvel enjeu pour les Directeurs des Soins entre établissements civils et militaires

Enfin, il apparaît évident aujourd'hui que la coopération civile et militaire dans la gestion des crises sanitaires à laquelle est confrontée la nation est utile et nécessaire. Les directeurs des soins apportent leur expertise et leur connaissance du terrain par une action coordonnée et mutualisée des ressources et des moyens. La synergie des ressources et des moyens recherchés permet de développer de nouvelles compétences et des nouveaux savoirs faire au bénéfice du patient.

5.3 Les champs à développer

Les champs à développer dans le domaine de la coopération civile et militaire peuvent s'illustrer selon les trois axes suivants :

5.3.1 Les nouveaux métiers de pratiques avancées et les métiers de la coordination

A) Les nouveaux métiers

Les nouveaux métiers qui se dessinent pour la coopération civile et militaire sont à l'instar des coopérations civiles ; ceux des infirmiers en pratiques avancées. Les infirmiers en pratiques avancées sont identifiés comme nouveau maillon pouvant contribuer à consolider les parcours de soins au sein des GHT. Un exercice paramédical émergent contribuant à donner de nouvelles perspectives à la pratique infirmière et propice à créer de nouvelles passerelles entre établissement civil et militaire. Cet exercice nouveau du métier d'infirmier s'inscrit dans un projet d'établissement mais aussi de territoire pour répondre aux besoins de la population. Les directeurs des soins sont amenés à coordonner leur politique de

recrutement et de promotion professionnelle concernant les IPA pour apporter une réponse adaptée en termes d'offre de soins du territoire. Cette offre de soins et cette politique de formation s'inscrivent dans le projet de soins infirmier rééducation et médicotechnique du GHT.

B) Les métiers de la coordination

Les métiers de la coordination comme les infirmières de coordination de parcours sont à promouvoir pour fluidifier les circuits de prise en charge. Leur connaissance du réseau de soins, des acteurs du soin et leur collaboration avec les Bed-managers permet aux IDEC d'optimiser la prise en charge du patient et son retour à domicile.

Les Directeurs des Soins partenaires d'établissements civiles et militaires sont les promoteurs de ces métiers dans le cadre de filière de soins, ou en lien avec les infirmières de liaison de l'HAD ou de la médecine de ville. Ce nouvel enjeu de coordination des parcours est un des nombreux défis à relever pour les directeurs des soins. Réduire la durée des séjours d'hospitalisation et organiser des retours à domicile précoces pour les patients en s'appuyant sur les dispositifs alternatifs à l'hospitalisation sont les enjeux d'aujourd'hui et réaffirmés par Ma Santé 2022. Les directeurs des soins civils et militaires sont dans leur collaborations amenés à développer ces nouveaux modèles pour répondre aux orientations des politiques de santé. L'occasion encore une fois est donnée aux DS d'harmoniser leurs pratiques et procédures de prise en charge entre établissements hospitaliers, HAD et CPTS.

Un bel exemple en est donné à l'HIA de Bégin qui accueille en son sein la direction de l'HAD et amène les directeurs des soins à développer de nouvelles formes de coopérations paramédicales pour une meilleur offre de soins du territoire. (PMSP GHT 94 Nord)

5.3.2 La recherche paramédicale à encourager pour un bénéfice commun

La recherche paramédicale trouve une place privilégiée dans la coopération civile et militaire. La structuration de réseaux partenaires, de moyens mutualisés et de formations communes sont les pistes identifiées permettant de promouvoir la recherche paramédicale au service de l'amélioration des pratiques et des organisations.

L'expérience réussie de chacun des établissements permet de capitaliser sur leur initiative et d'en proposer un modèle transférable à tous.

Ainsi la constitution d'un comité de recherche paramédicale entre établissements partenaires et élargi au GHT permet la structuration de la recherche et permet de porter des projets d'envergure en mutualisant les compétences. Des attachés de recherche cliniques et des infirmières de recherche cliniques peuvent être communs entre HIA et CH ou CHU avec des financement partagés.

Les membres du comité sont majoritairement des professionnels de santé investis dans ce domaine, qu'il s'agisse de cadre de santé, cadre supérieurs, doctorant en recherche paramédicale, soignant, attachés de recherche, assistant de recherche. Tous ces personnels engagés dans cette voix sont moteurs pour porter des projets d'envergure.

De ce fait, les programmes hospitaliers de recherche infirmier et paramédicale peuvent s'envisager sur plusieurs sites avec une collaboration étroite des équipes paramédicale civile et militaire multi-site et une coordination commune. Cette coordination est encouragée et facilitée par les directeurs des soins dans le cadre de projet médico-soignant commun entre les deux établissements voire élargis au projet médico-soignant du GHT. Une dynamique qui bénéficie à tous, petits ou grands établissements quel que soit leur niveau de maturité en recherche paramédicale.

Des conventions, des accords sont à formaliser pour mieux accompagner la structuration de cette discipline nouvelle. De telles organisations se structurent grâce à l'action coordonnée des directeurs des soins.

Les établissements hospitaliers militaires ont un développement relativement modeste dans le champ de la RP et pourront bénéficier des avancées et des pratiques déjà éprouvées de leur partenaire.

Des journées de formation et d'initiation à la recherche paramédicale sont organisées par les comités de recherche, c'est déjà le cas du COREPA à Brest. Des journées thématiques, des séminaires voire des colloques sur la recherche paramédicale permettent de valoriser les travaux de recherche réalisés, en cours ou à venir avec le soutien des directeurs des soins et des directeurs de la recherche et de l'innovation en santé. Ces initiatives permettent de sensibiliser les soignants à la RP, leur proposer de nouvelles perspectives d'exercice de leur art et toucher un public plus large de néophytes.

5.3.3 La formation et la communication pour une connaissance mutuelle

A) La formation

La formation est un excellent vecteur de coopération par le biais de la transmission des savoirs et le partage des expériences. La mutualisation des formations entre établissements partenaires outre l'optimisation financière ; elle est aussi l'occasion de construire un socle de connaissances communes et homogènes entre établissement pour une harmonisation des pratiques soignantes. Un exemple concret illustre ce propos : celui des pratiques de tri de l'IAO qui bénéficient d'une harmonisation des pratiques entre

établissements civils et militaires grâce à la mise en place d'une formation commune pour les infirmiers civils et militaires des structures d'urgences à Brest et à Toulon.

Un schéma directeur du plan de formation des établissements partenaires pourrait être envisagé de manière coordonnée entre DS et DRH des établissements partenaires. Ce schéma inscrit au projet d'établissement tiendrait compte des besoins en formation en lien avec les projets de coopération.

Les thématiques choisies sont propres à chaque partenariat, néanmoins une base commune peut se concevoir pour accroître la montée en compétences liées aux retours d'expériences. C'est le cas spécifique de la gestion des situations exceptionnelles et l'organisation d'exercice plan Blanc. Certains partenariats ayant une expertise très avancée sur le sujet peuvent apporter leur soutien aux autres établissements. Citons le cas de l'EHCM de Metz-Thionville qui a aujourd'hui une expérience solide sur la gestion des crises sanitaires dans son volet « B ». Un sujet qui fait l'objet de nombreux articles dans la revue *HOSPIMÉDIA*. (*HOSPIMEDIA*, 2020)

B) La communication

La communication et l'échange d'expérience sur des thématiques de coopération ou des situations de crises permet aux établissements partenaires de se faire connaître au grand public. Connaître les missions de chacun, les modèles de coopération et de partenariats au travers des séminaires est aussi l'occasion pour les professionnels de santé civils et militaires d'avoir une plus grande visibilité. La communication ou la publication sur des pratiques nouvelles de coopération civile et militaire est à encourager par les directeurs des soins afin de valoriser ce partenariat. La journée de médecine des armées de l'Ouest est organisée chaque année à Brest avec au programme systématiquement une intervention sur une thématique de coopération paramédicale de l'Ensemble Hospitalier Civil et Militaire de Bretagne Occidentale.

Proposition de méthode

En synthèse de cette démarche de conduite du projet de coopération, en m'appuyant sur les préconisations évoquées ci-dessus, une trame utilisant la méthode classique de résolution de problème, le QQOCQP, pourrait être proposée selon le tableau suivant :

Qui ?	Qui incarne le projet de coopération ? Qui bénéficie du projet de coopération ? Qui met en œuvre le projet de coopération ?
<ul style="list-style-type: none"> - Les équipes de directions des établissements partenaires - L'instance de co-pilotage du projet de coopération entre les établissements partenaires civils et militaires dont la composition est déterminée par le périmètre du projet avec des membres permanents dont le Directeur des soins - Les directeurs des coopérations - Les directeurs des ressources humaines - Les directeurs des services informatiques - Les cadres supérieurs de santé, les cadres de santé - Les professionnels soignants : infirmiers, aides-soignants, techniciens de laboratoires, manipulateurs d'électroradiologie ... - La direction centrale du service de santé des armées - Les ARS - Mais aussi tous les membres parties du GHT comportant un HIA associé en son sein 	

Quoi ?	Quels seraient les périmètres du projet de coopération entre professionnels paramédicaux civils et militaires ? Quelles seraient les activités concernées par cette coopération ?
<ul style="list-style-type: none"> - La coopération civile et militaire dans ce sujet concerne les professionnels paramédicaux entre établissements publics de santé et hôpitaux d'instruction des armées - La coopération répond au modèle SSA 2020 : <ul style="list-style-type: none"> o La coopération est incarnée par les partenariats en EHCM et EHM o La coopération répond au besoin de maintien des compétences des militaires par un exercice en établissements civils o La coopération civile et militaire concerne la participation à la structuration de l'offre de soins du territoire au sein du GHT - La coopération répond aux orientations des politiques de santé - La coopération civile et militaire concerne les activités de soins critiques type Réanimation, Service d'accueil des urgences, Bloc Opératoire et plateaux techniques - La coopération civile et militaire concerne la mutualisation d'expertise précieuses sur le territoire - La coopération s'inscrit dans des parcours de soins au sein de filières spécifiques comme la psychiatrie ou la rééducation - réadaptation - physique - La coopération civile et militaire participe à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles et à la résilience de la nation 	

Où ?	Où le projet de coopération civile et militaire entre établissements publics hospitaliers prend-il sens ?
<p>La coopération civile et militaire entre les équipes soignantes des établissements partenaires est incarnée au sein :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des EHCM (Lyon, Metz, Brest) - Des EHM (Ile de France, région PACA) - Des GHT où sont implantés les HIA : <ul style="list-style-type: none"> GHT Bretagne occidentale, GHT13 Hôpitaux de Provence GHT 83 GHT 94 Nord GHT Lorraine Nord GHT Rhône Centre 	

Comment ?	Quelles modalités de mise en œuvre de cette coopération civile et militaire ?
<ul style="list-style-type: none"> - Décliner des orientations et des lignes directrices du projet médico-soignant commun des établissements partenaires - Décliner des orientations et des lignes directrices du projet médico-soignant du GHT - Définir des actions prioritaires à l'échelon stratégique en équipe de direction - Constituer un comité de co-pilotage partenaire - Rédiger une charte d'engagement et de coopération entre les partenaires - Constituer des groupes de travail avec les professionnels de terrain assortie d'une feuille de route ou lettre de mission pour l'encadrement intermédiaire (CSS) - Communiquer en instances de manière coordonnée et synchrone entre les partenaires, associant DS et DRH - Communiquer au plus proche des équipes de l'avancée ou de l'évolution des coopérations - Constituer des plans de formation et d'intégration des professionnels nouvellement arrivés dans les équipes mixtes civiles et militaires - Accompagner l'encadrement de proximité par la direction des soins dans la mise en route des coopérations - Acculturer et sensibiliser les équipes aux différentes missions et spécificités du partenaires : organisation par les DS de rencontres des cadres de proximité et des cadres supérieurs pour des réunions de travail - Créer les conditions matérielles favorables à un travail collaboratif entre les cadres de santé et administratifs : agenda partagé, salle de réunion à disposition, autonomie dans l'adaptation des étapes du projet - Capitaliser sur les réussites et les échecs des autres partenariats et donc procéder à un benchmark auprès des autres établissements - Répondre et réajuster les dysfonctionnements de manière proactive pour éviter les ruptures dans la progression de la coopération - Constituer des équipes civiles et militaire en privilégiant les binômes - Valoriser et communiquer sur les expériences de coopération : <ul style="list-style-type: none"> o RETEX des équipes mixtes constituée en CSIRMT, o Programme de recherche et d'innovation co-construit présenté en journée et séminaire sur la recherche au sein du GHT, o Formation partagée 	

- Publication sur les innovations managériales par les cadres de santé et les cadres supérieurs

Quand ?	Quand le projet de coopération civil et militaire sera-t-il réalisé ?
<ul style="list-style-type: none"> - Chaque HIA s'inscrit dans une temporalité différente : (8 HIA = 8 projets de coopération différents = 8 Projets médico-soignants différents = 8 PMSP de territoire différents) - L'état d'avancée et d'aboutissement du projet est variable selon les territoires - Une date prévisionnelle de fin de mise en œuvre pour 2024 (Avenant modèle SSA2020) 	

Pourquoi ?	Pourquoi mettre en œuvre une coopération civile et militaire entre établissements hospitaliers ?
<p>Pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répondre aux modèle SSA 2020 et aux orientations des politiques de santé : - Maintenir les compétences opérationnelles des professionnels de santé militaires et répondre au contrat opérationnel de soutien des forces - Mieux inscrire les HIA dans l'offre de soins du territoire - Participer - pour les HIA - de manière plus affirmée à la Santé Publique - Permettre aux HIA de participer à la structuration et à la performance des parcours de soins au sein des filières spécifiques - Contribuer à la constitution d'un réseau de soins au sein du territoire et constituer des équipes de territoire civile et militaire - Capitaliser et mutualiser les expertises et les compétences - Harmoniser les pratiques professionnelles - Proposer des parcours innovants entre établissements civils et militaires - Décloisonner les secteurs - S'enrichir de la diversité et de la différence de l'autre 	

Conclusion

Les coopérations entre établissements publics hospitaliers et hôpitaux d'instruction des armées s'inscrivent dans les orientations des politiques de santé progressivement facilitées par un arsenal juridique depuis 2012. Ces coopérations revêtent des formes et des spécificités différentes en fonction des établissements et de leur projet médico-soignants partagés.

Deux modèles de coopérations civile et militaire se distinguent : les EHCM et les EHM. Le premier plus intégratif (EHCM) participe à la constitution d'équipe mixte civile et militaire en exercice partagé entre l'établissement civil et militaire et l'autre (EHM) se développe préférentiellement sur des activités transversales dans une approche de complémentarité des actions et de structuration des parcours de soins.

Ces deux modèles de coopérations civile et militaire participent au déploiement des GHT dans leur territoire et la structuration de filières de prise en charge contribuant ainsi au soutien de la santé publique.

La construction de ces coopérations suppose une notion de « relation de confiance » préalable et des intérêts partagés. Celle-ci s'installe progressivement dans le temps ; en particulier lorsque les organisations en jeu sont complexes.

Cette relation de confiance est l'expression d'un équilibre trouvé entre les acteurs d'une part et la gouvernance d'autre part. Cela suppose des relations de compromis consentis et des ajustements des acteurs et des organisations (Barreau & Mangeonjean, 2019)

Le Directeur des Soins de par ses missions et prérogatives peut contribuer grandement à la rencontre entre les acteurs et l'adaptation des organisations à ce nouveau modèle.

Cette coopération requiert une connaissance mutuelle des missions de chacun des établissements, ses contraintes et ses enjeux stratégiques. Par leur formation commune et leur référentiels partagés, les Directeurs des Soins, membres des équipes de direction des établissements en jeu constituent un maillon essentiel pour la réussite de ces coopérations.

La réussite de ces coopérations oblige les équipes médico-soignantes à intégrer des cultures différentes, des statuts et des organisations différentes pour des missions nouvelles. Un défi à relever pour les Directeurs des Soins dans le management des équipes paramédicales.

Le rôle du Directeur des Soins est ici, déterminant dans la construction de ces coopérations innovantes. Les méthodes et moyens mobilisés pour la conduite et la mise en œuvre de

ces coopérations, nécessitent une coordination des directions des soins pour une cohérence et une lisibilité dans la progression du projet et ainsi une meilleure appropriation par les équipes soignantes.

L'implication des Directeurs des Soins au sein des équipes de directions et auprès des équipes soignantes apporte une symbolique et une légitimité fortes à cette coopération.

Au-delà des projets en cours, des perspectives de nouvelles coopérations pourraient alors se dessiner par exemple, les métiers nouveaux telle que IPA, des disciplines émergentes comme la recherche ainsi que des savoir-faire, des compétences nouvelles à développer au service de la nation et de la santé publique.

Dans une synergie des efforts et des moyens les directeurs des soins apporteront leur expertise pour concilier impératif de Défense Nationale et missions de Service Public.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 107

Décret n° 2019-548 du 31 mai 2019 pris pour l'application de l'article 29 de l'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au Service de Santé des armées et à l'Institut nationale des Invalides

Décret n° 2019-406 du 2 mai 2019 relatif aux relations entre le service de santé des armées et les autres acteurs du système de santé.

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

Décret n° 2012-117 du 30 janvier 2012 relatif à la contribution du service de santé des armées à la politique de santé publique

L'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au Service de Santé des Armées et à l'institut des Invalides

L'Accord-cadre de coopération entre l'HIA Legouest et le CHR Metz-Thionville signé le 6 février 2014

Protocole d'accord signé le 3 octobre 2016 entre le Service de Santé des Armées, l'université de Bretagne Occidentale et le CHRU de Brest

Projet du Service de Santé des Armées : « PROJET SSA 2020 »
N° 515696 /DEF/DCSSA/PS du 25 novembre 2013.

Projet médical partagé du GHT Hôpitaux de Provence, GHT (13)

Projet médico-soignant partagé du GHT BO, 2017- 2021

Projet médico-soignant du GHT 94 Nord, 2017- 2022

Projet médico-soignant partagé GHT Var, 2017- 2021

Rapport de la cour des comptes, rapport public thématique intitulé « Médecins et hôpitaux des armées », octobre 2010

Rapport public, livre Blanc sur l'avenir de la fonction publique : faire des services publics et de la fonction publique des atouts pour la France, JL Silicani, 17 avril 2008

Ouvrages

M. Louazel et al, 2018. Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé, Presses de l'EHESP. pp 152

Boterf, G. L., & Le Boterf, G. (2007). Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence. (4e édition). Éditions d'organisation.

Le Boterf, G (2003). Développer la compétence des professionnels, construction des parcours de navigation, 7^e édition, Paris, Éditions d'organisation, pages 263

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). L'acteur et le système. Seuil.

Dubar, C. (2015). La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles (5^e édition). Armand Colin.

Approche systémique et communicationnelle des organisations, Alex MUCHIELLI, Paris, Armand Colin, 1998

Sainsaulieu, I. (2006). Les appartenances collectives à l'hôpital. 72-87.

Zarifian, P. (1996). Travail et communication. Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle. Presses Universitaires de France (PUF).

Zarifian. P (2001), Le modèle de la compétence, Coll. Entreprise et carrières, Rueil-Malmaison, Edition Liaison, pages 62

Reuves

Barreau, P., & Mangeonjean, F. (2019). Gouvernance et territoire : Un espace singulier, une réalité plurielle. Soins - Soins cadres - Revue de l'infirmière, n° 113, 14-18.

Péoc'h, N., & Ceaux, C. (2012). Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé : l'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse. Recherche en soins infirmiers, n° 1, volume 108, pages 53-66

Robillard, J. (2020). Le CH de Mulhouse et le SSA tirent un bilan très satisfaisant de leur coopération. HOSPIMEDIA-L 'actualité des territoires de santé, Publié le 14/05/20 - 15h40

Dossiers documentaires

Dossier documentaire : *Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)*. (2020). EHESP.

Mémoires :

Roth, J. (2019). Le Service de Santé des Armées : l'intégration d'un opérateur centralisé au système de santé territorialisé [Mémoire Master 2 Professionnel : Droit sanitaire et Social, Université Paris 2 Panthéon-Assas]

Sitographie :

SERVICE DE SANTE DES ARMEES, 2016, « Ensemble hospitalier civil et militaire brestois : un partenariat ambitieux et novateur » Mise à jour : 04/10/2016 - Direction : DCSSA

<https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites>, consulté le 18 février 2020

Rapport annuel 2017 du CHRU de Brest

https://www.chu-brest.fr/sites/default/files/chru-ra2017-bat_final-20.06.pdf , consulté le 24 août 2020, page 58

Dossier de Presses, 2014, « Inauguration de l'Unité de soins palliatifs, Point d'étape sur la coopération entre l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest et le CHR Metz Thionville » mise à jour 3 octobre 2014

<https://www.chr-metz-thionville.fr/sites/default/files>, consulté le 3 septembre 2020

Les lundis du GIRCI, Visioconférences trimestrielles, Présentation du COREPA dans le cadre de La Recherche Clinique à l'échelle d'un territoire – Le Groupement RIMBO – Recherche et Innovation Médicale en Bretagne Occidentale, Dominique MOTTIER, Marc BEAUMONT, Céline DOLOU, 29 avril 2019

<https://www.girci-go.org/Lundis%20du%20GIRCI/RIMBO.pdf>, consulté le 22 septembre 2020

Ma santé2022,

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-se-mobiliser-pour-organiser>, consulté le 27 septembre 2020

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaires
Annexe 2 : Guide d'entretien

Annexe 1 : Questionnaires

Enquête relative à la coopération paramédicale entre établissements hospitaliers civils et militaires

Cette enquête est réalisée pour mesurer la variété des coopérations paramédicales entre Établissements Publics de Santé et Hôpitaux Militaires dans leurs expressions mais aussi dans leurs modalités de mise en œuvre. L'élaboration de ce questionnaire s'articule en 3 grandes parties :

I – Qui êtes vous ?

II – Les dimensions de la coopération

III- Quelles seraient vos préconisations pour capitaliser sur les expériences réussies en matière de coopération paramédicale, L'analyse de l'enquête est anonymisée.

*Obligatoire

1. Adresse e-mail *

I – Qui êtes vous ?

2. 1.1 Quel est votre exercice professionnel ?

Une seule réponse possible.

- Directeur des soins civil
 Directeur des soins militaire

3. 1.2 Quelle est votre ancienneté dans votre fonction actuelle ?

Une seule réponse possible.

- Moins de 2 ans
 Entre 2 et 5 ans
 plus de 5 ans

<https://docs.google.com/forms/d/1HJLsUv8lP2kPpwa0U30j1aWgqRhwzFGa5YmY/edit>

1/14

4. 1.3 Dans quel établissement exercez vous ?

Une seule réponse possible.

- Hôpital d'Instruction des Armées
 Etablissement Hospitalier Public
 Etablissement de soins de suite et de réadaptation
 Etablissement spécialisé en santé mentale
 Autre : _____

5. 1.4 Dans quelle région se situe votre établissement ?

Une seule réponse possible.

- Région PACA
 Région Ile de France
 Région Bretagne
 Région Nouvelle Aquitaine
 Région Grand Est
 Région Auvergne-Rhône-Alpes
 Autre : _____

6. 1.5 Quel est le nombre de lits dont dispose votre établissement ?

Une seule réponse possible.

- 100 et 200 lits
 200 et 500 lits
 plus de 500 lits
 Autre : _____

II- Les dimensions de la coopération

7. 2.1 Qu'est que pour vous la coopération hospitalière ? commentaire libre

2.2 La dimension du travail en équipe

8. a) Quelles sont les catégories professionnelles concernées par ces coopérations ?

Une seule réponse possible.

- Infirmiers en soins généraux
 Infirmiers spécialisés
 Manipulateurs en électroradiologie
 Préparateurs en pharmacie
 Technicien de laboratoire
 Ergothérapeute Kinésithérapeute
 Aucune
 Toutes
 Autre : _____

9. a) Quelles sont les catégories professionnelles concernées par ces coopérations ? commentaire libre

<https://docs.google.com/forms/d/1HJLsUv8lP2kPpwa0U30j1aWgqRhwzFGa5YmY/edit>

3/14

10. b) Les organisations de travail sont-elles similaires au sein des établissements partenaires (horaires, récupérations, congés...)?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

11. Pouvez vous préciser votre réponse par un exemple concret?

12. c) Les procédures et les pratiques professionnelles sont-elles similaires au sein des établissements partenaires (modes opératoires, démarche qualité, programme d'éducation thérapeutique...)?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

13. pouvez vous préciser votre réponse par un exemple concret ?

<https://docs.google.com/forms/d/1HJLsUv8lP2kPpwa0U30j1aWgqRhwzFGa5YmY/edit>

4/14

- 14. d) Les professionnels paramédicaux de l'établissement partenaire ont-ils bénéficié d'une période d'intégration dans l'établissement d'accueil ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

- 15. Pouvez vous évaluer le bénéfice ou l'insuffisance de cette période d'intégration

- 16. e) Est ce que les nouveaux arrivants dans l'établissement sont informés des objectifs et des modalités de la coopération entre les établissements partenaires?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

- 17. Si oui à la question précédente, pouvez-vous vous préciser les moyens de cette information ?

- 21. a) Est ce que la coopération entre les professionnels paramédicaux des 2 établissements est inscrite dans le projet de soins infirmier rééducation et médico technique des établissements partenaires?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

- 22. Si oui à la question précédente, pouvez vous préciser quels axes prioritaires du projet de soins vous avez choisis ?

- 23. b) La communauté médicale est-elle associée à cette coopération paramédicale?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

- 24. Si oui à la précédente question, pouvez vous préciser de quelle manière la communauté médicale s'est impliquée ?

- 18. f) L'encadrement de proximité a-t-il été associé à l'élaboration et l'identification des besoins matériels, technologiques et en formation pour la mise en œuvre du projet de coopération ?

Une seule réponse possible.

- oui
- Non

- 19. si oui à la question précédente, a combien de réunions préparatoires l'encadrement de proximité a participé?

Une seule réponse possible.

- Entre 2 et 5
- Entre 4 et 6
- Entre 6 et 10
- Autre : _____

- 20. si oui, à la question précédente pouvez vous préciser selon quelles modalités les cadres de proximité sont associés au projet de coopération?

2.3 Le management des équipes en exercice partagé

- 25. c) Sur quel outil de coopération vous êtes-vous appuyés ? Si autre, précisez-le en commentaire

Une seule réponse possible.

- Convention
- Détachement
- Mise à disposition
- Autre : _____

- 26. autre outil de coopération

- 27. d) Cette coopération constitue-elle une opportunité pour favoriser la dynamique du GHT ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

- 28. si oui à la question précédente, en quoi cette coopération est une opportunité à la construction du GHT ?

29. e) Cette coopération rend-elle plus attractif l'exercice paramédical dans ces établissements partenaires ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Sans objet
 Autre : _____

30. Si oui à la précédente question, pouvez vous préciser votre réponse ?

31. f) Cette coopération entre équipe de professionnels paramédicaux constitue-t-elle une opportunité de développer des compétences supplémentaires ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

32. si oui à la précédente question, lesquelles ?

2.4 L'acculturation des professionnels de santé à leur environnement de travail

<https://docs.google.com/forms/d/1HJLsVbJ2kYpwa4t0US0j1eWgqRhwzFGa5YImY/edit>

37. c) Pensez vous qu'il existe une représentation particulière de de la culture soignante militaire pour les professionnels civils ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

38. Si oui, laquelle ?

39. d) Pensez vous que la représentation des valeurs du service publics soit identique pour les professionnels civils et militaires ?

Une seule réponse possible.

- oui
 Non

40. Si oui, pouvez vous citer un ou deux exemples ?

<https://docs.google.com/forms/d/1HJLsVbJ2kYpwa4t0US0j1eWgqRhwzFGa5YImY/edit>

33. a) Les relations de travail inter personnes présentent-elles des difficultés ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

34. pouvez vous étayer votre réponse à la question précédente ?

35. b) Les valeurs professionnelles partagées sont-elles similaires ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

36. Si oui lesquelles ?

41. e) Pensez vous qu'il existe une culture d'appartenance forte à un établissement ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

42. si oui, pouvez vous l'expliquer ou citer des exemples ?

43. f) si la coopération inter-établissements recouvre d'autres formes ou d'autres expressions pouvez vous les expliciter ?

III Quelles seraient vos préconisations pour capitaliser sur les expériences réussies en matière de coopération paramédicale ?

44. 3.1 Les modalités de pilotage d'une coopération réussie nécessitent :

Une seule réponse possible.

- Des outils de partage de l'information (messagerie partagée, charte d'engagement..)
- Une coordination commune de la coopération
- Des relations de travail antérieures entre les directions des soins des établissements partenaires est un atout
- Une implication forte des équipes opérationnelles
- Autre : _____

45. si vous avez coché une ou plusieurs cases pouvez vous explicitez votre choix ?

46. 3.2 Quels champs de coopérations paramédicales civiles et militaires pensez vous être pertinent de développer ?

47. 3.3 Les convergences des intérêts partagés

Une seule réponse possible.

- Une acculturation des professionnels civils dans les hôpitaux militaires faciliterait les coopérations civile et militaire ?
- Les coopérations des professionnels paramédicaux civils et militaires permettraient à l'avenir de développer un nouveau sentiment d'appartenance
- Les coopérations civiles et militaires des professionnels de santé favorisent le développement de la résilience de la nation
- Les crises sanitaires auxquelles est confrontée la nation peuvent contribuer à développer davantage de compétences et de partenariats civilo-militaires
- Autre : _____

48. 3.3 Les convergences des intérêts partagés selon vous (commentaire libre)

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.



Enquête 2 relative à la coopération paramédicale entre établissements hospitaliers civils et militaires

Cette enquête est réalisée pour mesurer la variété des coopérations paramédicales entre Établissements Publics de Santé et Hôpitaux Militaires dans leurs expressions mais aussi dans les modalités de mise en oeuvre. L'élaboration de ce questionnaire s'articule en 4 grandes parties:

I - Qui êtes vous?

II - Les formes de la coopération

III - Les modalités de mise en oeuvre de cette coopération

IV - Quelles seraient vos préconisations pour capitaliser sur les expériences réussies en matière de coopération paramédicale?

L'analyse de l'enquête est anonymisée

*Obligatoire

1. Adresse e-mail *

I - Qui êtes vous ?

2. 1.1 Quel est votre exercice professionnel ?

Une seule réponse possible.

Directeur des Soins militaire

Directeur des Soins civil

Autre : _____

3. 1.2 Quelle est votre ancienneté dans votre fonction actuelle ?

Une seule réponse possible.

Moins de 2 ans

Entre 2 et 5 ans

Plus de 5 ans

https://docs.google.com/forms/d/1cNDHqN1KdeY8S2i2LlYMDd88Lh_P9qTTuQ4w/edit

19

4. 1.3 Dans quel établissement exercez-vous?

Une seule réponse possible.

Hôpital d'Instruction des Armées

Etablissement Hospitalier Public

Etablissement de soins de suite et de réadaptation

Etablissement spécialisé en santé mentale

Autre : _____

5. 1.4 Dans quelle région se situe votre établissement ?

Une seule réponse possible.

Région PACA

Région Ile de France

Région Bretagne

Région Nouvelle Aquitaine

Région Grand Est

Région Auvergne-Rhône-Alpes

Autre : _____

6. 1.5 Quel est le nombre de lits dont dispose votre établissement ?

Une seule réponse possible.

100 et 200 lits

200 et 500 lits

plus de 500 lits

Autre : _____

II - Les formes de la coopération

31/10/2020 Enquête 2 relative à la coopération paramédicale entre établissements hospitaliers civils et militaires

7. 2.1 Qu'est ce que pour vous la coopération paramédicale entre établissements hospitaliers civil et militaire ? (commentaire libre)

8. 2.2 Etes vous engagé dans un type de coopération avec un autre établissement ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

9. si oui à la question précédente, de quelle nature est cette coopération ?

Une seule réponse possible.

GCS

Partenariat

GHT

Autre : _____

10. 2.3 La coopération paramédicale entre deux établissements partenaires civil et militaire induit-elle un exercice en équipe partagé?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Autre : _____

https://docs.google.com/forms/d/1cNDHqN1KdeY8S2i2LlYMDd88Lh_P9qTTuQ4w/edit

39

31/10/2020 Enquête 2 relative à la coopération paramédicale entre établissements hospitaliers civils et militaires

11. a) si oui à la question précédente, pour quelles catégories professionnelles ?

12. 2.4 Quelle activité de soins concerne la coopération paramédicale entre établissements civil et militaire ?

Une seule réponse possible.

Les soins critiques (réanimation , structure d'accueil des urgences, unité de surveillance continue...)

La chirurgie

La médecine

Les activités médico-techniques

Aucune

Autre : _____

13. 2.4 Quelle activité de soins concerne la coopération paramédicale entre établissements hospitaliers civil et militaire ? (commentaire libre)

https://docs.google.com/forms/d/1cNDHqN1KdeY8S2i2LlYMDd88Lh_P9qTTuQ4w/edit

49

14. 2.5 Quelles domaines hors soins peuvent concerner ces coopérations ?

Une seule réponse possible.

- La formation
 La recherche
 Autre : _____

15. Pouvez-vous préciser votre réponse à la question 2.3 par un exemple concret ? (acquisition de compétences nouvelles, techniques innovantes, programme de recherche...)

16. 2.6 Cette coopération paramédicale entre établissements hospitaliers civil et militaire participe-t-elle à la structuration des filières de soins au sein du GHT ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

17. Si oui à la question 2.6 pouvez-vous illustrer votre réponse par un exemple?

III- Les modalités de mise en oeuvre de la coopération civilo-militaire entre établissements partenaires

https://docs.google.com/forms/d/1tcNDHqN1K6Yt85i2bLYMDd88Ld_Pq4TTaQ4Lw/edit

22. Si oui à la question précédente, sur quelles pratiques professionnelles porte cette acculturation ? (modes opératoires, matériels, protocoles, règlement intérieur)

23. 3.5 Quelles sont les difficultés rencontrées dans la mise en place de ces coopérations? (organisation de travail, disponibilités, habitudes, valeurs, identité d'appartenance....)

24. 3.6 Le management opérationnel de ces coopérations paramédicales est-il conduit prioritairement par

Une seule réponse possible.

- Les cadres supérieurs de santé
 Les cadres de proximité
 Autre : _____

https://docs.google.com/forms/d/1tcNDHqN1K6Yt85i2bLYMDd88Ld_Pq4TTaQ4Lw/edit

18. 3.1 La coopération paramédicale entre établissements civil et militaire est-elle inscrite dans le projet de soins infirmier rééducation et médico-technique de l'établissement ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

19. 3.2 La coopération paramédicale entre établissements civils et militaire s'intègre-t-elle plus largement dans le projet médico-soignant du GHT ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

20. 3.3 Pouvez-vous illustrer cette coopération paramédicale civilo-militaire par un ou deux exemples concrets (parcours de formation, programme d'éducation thérapeutique, protocole de prise en charge) ?

21. 3.4 Ces coopérations paramédicales nécessitent-elles une acculturation préalable des équipes aux pratiques professionnelles de chaque établissement ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

https://docs.google.com/forms/d/1tcNDHqN1K6Yt85i2bLYMDd88Ld_Pq4TTaQ4Lw/edit

25. Le management opérationnel de ces coopérations paramédicales est-il conduit prioritairement par (commentaire libre)

IV - Quelles seraient vos préconisations pour capitaliser sur les expériences réussies en matière de coopération?

26. 4.1 Les modalités de pilotage d'une coopération réussie nécessitent :

Une seule réponse possible.

- Des outils de partage de l'information (messagerie partagée, charte d'engagement)
 Une coordination commune et dédiée à la coopération (personnel dédié, lettre de mission...)
 Des relations de travail antérieures entre les directions des soins des établissements partenaires
 Une implication forte des équipes opérationnelles
 Autre : _____

27. Commentaire libre à la question 4.1, si besoin pour compléter la réponse

https://docs.google.com/forms/d/1tcNDHqN1K6Yt85i2bLYMDd88Ld_Pq4TTaQ4Lw/edit

28. 4.2 Quels champs de la coopération paramédicale civiles et militaire pensez-vous être pertinent de développer?

29. 4.3 Les convergences des intérêts partagés

Une seule réponse possible.

- Une acculturation des professionnels civils dans les hôpitaux militaires faciliterait les coopérations paramédicales
- Les coopérations civiles et militaires des professionnels de santé favorisent le développement de nouvelles compétences
- Les crises sanitaires auxquelles est confrontée la nation peuvent contribuer à développer d'avantage la coopération paramédicale civilo-militaire
- Autre : _____

30. Commentaire libre

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe 2 : Guide d'entretien

I Qui êtes-vous ?

- 1- Quelle fonction exercez-vous ?
- 2- Dans quel établissement exercez-vous ?

II Dimension de la coopération

- 3- Quelle définition donnez-vous à la coopération entre établissements ?
- 4- Quelles catégories professionnelles sont engagées dans une coopération inter-établissement dans votre structure ?
- 5- Les organisations de travail sont-elles similaires ou différentes ?
Si différentes en quoi elles le sont ?
- 6- Les procédures et les pratiques professionnelles sont-elles différentes ?
Si oui, en quoi ?
- 7- Les professionnels paramédicaux engagés dans une coopération inter-établissement, ont-ils bénéficié d'une période d'intégration ?
Si oui a-t-elle été bénéfique ?
- 8- Quels niveaux d'information ont eu les professionnels paramédicaux et quel niveau de satisfaction s'en dégage-t-il ?
- 9- Quelles sont les modalités d'informations déployées ?
- 10- L'encadrement de proximité a-t-il été associé à l'identification des besoins, l'élaboration et la mise en œuvre du projet de coopération ?
- 11- Combien de réunions préparatoires et quelles modalités d'accompagnement sont mises en place pour la réalisation du projet ?
- 12- Pouvez-vous évaluer le niveau de satisfaction ou d'insatisfaction des professionnels sur ce projet ?
- 13- Est-ce que cette coopération est inscrite dans le projet de service, sinon projet de pôle ou d'établissement ?
- 14- La communauté médicale est-elle associée au projet ? Est-ce une aide ?
- 15- Sur quel outil de coopération vous appuyez ?
- 16- Cette coopération est-elle une opportunité à la construction du GHT ?
- 17- Pensez-vous que cette coopération rend plus attractif l'exercice paramédical dans votre établissement ?
- 18- Pensez-vous que cette coopération est l'opportunité de développer de nouvelles compétences ?
- 19- Les relations de travail interprofessionnelles sont-elles difficiles ?
- 20- Les valeurs professionnelles partagées sont-elles similaires
- 21- Pensez-vous qu'il existe une représentation particulière de la culture militaire pour les professionnels civils ?
- 22- Pensez-vous que la représentation du service public soit identique pour les professionnels civils et militaires ?
- 23- Pensez-vous qu'il existe une culture d'appartenance forte à un établissement ?

III Quels seraient vos préconisations pour capitaliser sur les expériences réussies en matière de coopération ?

BOUKHALFA

Sandra

Décembre 2020

Directeur des Soins
Promotion 2020-2021

Une coopération civile et militaire pour une solidarité accrue au service de la Santé Publique : le rôle du Directeur des Soins

PARTENARIAT : EHESP RENNES

Résumé :

Les coopérations civiles et militaires entre les établissements publics hospitaliers et les hôpitaux d'instruction des armées s'inscrivent dans les orientations des politiques de santé progressivement facilitées par un arsenal juridique depuis 2012. Cette volonté des pouvoirs publics se traduit par :

- La constitution d'entités identifiées comme les Ensembles Hospitaliers Civils et Militaires avec un projet médico-soignant communs entre les deux établissements
- La contribution des HIA à la construction des GHT dans la structuration de l'offre de soins de leur territoire en tant que membre associé
- La contribution des HIA à la gestion des SSE

Cette dynamique de partenariat répond également au besoin de maintien des compétences techniques des professionnels de santé militaires grâce à un exercice partagés au sein des établissements publics.

Les directeurs des soins au sein des équipes de directions sont amenés à mettre en œuvre ses coopérations en tenant compte de la singularité des missions de chacun, des différences de statuts, d'organisations, des identités professionnelles et des cultures d'appartenances des équipes soignantes pour réussir ces partenariats inédits. Un défi aujourd'hui à relever pour les directeurs des soins et des perspectives nouvelles à envisager conciliant réponse aux besoins de santé publique et impératif de défense nationale.

Mots clés :

Coopération hospitalière civile et militaire, Directeurs des Soins, identités professionnelles, faire équipe, service public, compétences mutualisées, solidarité accrue, GHT, Métiers nouveaux

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.