



EHESP

Filière Directeur des soins

Promotion : **Caroline AIGLE 2020**

Date du Jury : **Décembre 2020**

Le Directeur

Coordonnateur Général des Soins :

**Un acteur clef dans le développement
d'une appartenance au GHT**

Maurice BOURDUGE

Remerciements

Nous débutons nos remerciements en les adressant aux équipes de Direction des deux GHT, terrains de notre recherche.

Nous remercions particulièrement les trois DS-CGS, les Cadres Supérieurs de Santé et les Cadres de Santé des différents sites qui se sont sympathiquement prêtés à l'exercice des interviews en nous consacrant de leur temps malgré un contexte sanitaire et une activité sur le terrain très contraignant et peu enclin à des moments de répit.

Nous adressons nos remerciements au binôme évaluateur du projet et de la note d'étape de notre mémoire professionnel : Mme Fatima YATIM-DAUMAS et M. Gildas LAOT, lequel nous a en plus accompagné malgré ses contraintes professionnelles.

Enfin, nous remercierons notre famille : épouse Aude, enfants Constance, Valentine et Quentin, qui nous ont toujours soutenu et ce malgré la distance dans contexte sanitaire et d'apprentissage très singuliers.

Sommaire

Introduction	1
1 Contextualisation et Cadre de référence :	5
1.1 Des CHT aux GHT : genèse d'une approche territoriale de la santé, des coopérations hospitalières	5
1.2 Le GHT un mode de coopération conventionnel réunissant différentes structures sanitaires et médico-sociales	6
1.2.1 La Convention Constitutive :	7
1.3 Le DS évolution au fil des réformes : De l'IG au DS/CGS de territoire	13
2 Enquête exploratoire :	15
2.1 Approche théorique	15
2.1.1 L'appartenance	15
2.1.2 Des appartenances aux identités	18
2.1.3 L'identité	19
2.1.4 L'identité professionnelle	21
2.2 Approche sur le terrain	24
2.2.1 Choix de l'outil	24
2.2.2 Choix de l'environnement territorial	24
2.2.3 Choix de la population	24
2.2.4 Déroulement et limites des entretiens	25
2.2.5 Analyses des entretiens	25
3 Préconisations : Un modèle de construction d'appartenance territoriale comme levier de pilotage pour le DS/CGS	39
3.1 L'émergence d'un climat de confiance par le partage de mêmes valeurs	39
3.2 La participation à des travaux fédérateurs	41
3.3 L'accompagnement des encadrants	43
3.4 Une communication efficace, adaptée et permanente	45
3.5 L'appartenance territoriale : Une dynamique à impulser, à porter	49
Conclusion	53
Bibliographie	57
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché(e) d'Administration Hospitalière
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant(e)
CDU	Commission des Usagers
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission, Collège Médical d'Etablissement
CoDir	Comité de Direction
CoStrat	Comité Stratégique
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen
CS	Cadre de Santé
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers Rééducation et Médico Technique
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DG	Directeur Général
DGARS	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DIM	Direction de l'Information Médicale
DS	Directeur des Soins
DSI	Direction des Services Informatiques
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
EPS	Etablissement Public de Santé
ETP	Equivalent temps Plein
FFCDS	Faisant Fonction de Cadre de Santé
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GH	Groupe Hospitalier
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAD	Hospitalisation A Domicile
HPST	Hôpital Patient Territoire Santé
IADE	Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
IBODE	Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IPA	Infirmier(e) de Pratique Avancée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
PCME	Président de la CME
PMP	Projet Médical Partagé
PMSP	Projet Médico-Soignant Partagé
PSP	Projet de Soins Partagé
SIH	Système d'Information Hospitalier
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins

Introduction

Depuis les années 70, les pouvoirs publics se sont constamment préoccupés des coopérations en matière hospitalière, en produisant régulièrement des textes législatifs pour développer une approche territoriale de la santé afin d'améliorer l'offre de soins. Ces diverses transformations ont été également accompagnées par des modifications des fonctions, des missions des Directeurs des Soins, des encadrants, qui pour certains ont été mis en difficulté face aux équipes et aux nouvelles organisations.

Ainsi, le Directeur des Soins, au carrefour des logiques de métiers, (administratif, médical et soignant), doit être en mesure d'éclairer et de répondre aux sollicitations de ses équipes pour maintenir ou rétablir la cohérence et la cohésion.

Dans ce contexte, parfois certains collaborateurs (CSS et CS) sont en perte de repères et de sens dans leurs actions, leurs fonctions, avec l'écueil de s'isoler, de s'éloigner du collectif. En revanche, d'autres encadrants se sont adaptés en trouvant les ressources nécessaires aux changements par la formation, les échanges, la communication, les réseaux professionnels. Pleinement inscrits dans cette mouvance, ils participent aux projets institutionnels, demeurant forces de propositions et d'innovations dans les réorganisations, les restructurations. Cette dynamique leur permet ainsi de s'épanouir dans leurs fonctions et leurs missions en s'inscrivant dans un collectif, un groupe d'appartenance.

Aujourd'hui encore, les questions de l'appartenance se posent dans un environnement professionnel passé de la dimension d'un établissement de santé à celui d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), où le Directeur Coordonnateur Général des Soins (DCGS) doit assurer du lien et du liant au nom de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins.

Or aujourd'hui, plus que jamais, le personnel hospitalier reste en quête de reconnaissance avec des interrogations inhérentes à leurs appartenances et identités. De même, l'hôpital requiert du personnel connu et reconnu, investi et construit selon une identité professionnelle solide, fondée sur des compétences et inscrit dans un collectif, un territoire. Ainsi, le Directeur des soins compte sur la collaboration et la coopération de l'encadrement, cadres supérieurs et cadres de santé, pour porter et décliner le projet de soin axé sur la qualité, la sécurité et la pertinence des soins. G. Calmes a écrit d'ailleurs : « ¹ Quel que soit l'objectif poursuivi, la forme juridique retenue, la réussite d'une action de coopération passe d'abord par l'adhésion du personnel hospitalier dans son ensemble. »

Force est de constater, que les écrits, les textes de lois ne suffisent pas pour créer du lien et une dynamique de territoire. En effet, outre les freins matériels, géographiques, technologiques, nous pouvons également constater des limites relatives aux

¹ CALMES G., SEGADE J.P., LEFRANC L., 1998, « Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité ». Paris : Masson, p81.

représentations, aux considérations, finalement aux appartenances, aux identités et aux cultures inhérents à chaque établissement, à chaque individu.

En outre, la crise sanitaire hors norme rencontrée en France depuis Mars 2020, a déstabilisé les organisations internes des établissements mais également celles sur le territoire. Cette expérience inédite et singulière a été l'opportunité de mettre à l'épreuve la dynamique des GHT et de mettre en lumière les interactions entre les divers acteurs de santé. Ainsi, l'épidémie de Covid-19 semble avoir illustré le rôle clef du DCGS, dans ses dimensions stratégiques, politiques et opérationnelles pour créer et entretenir les liens et le liant dans l'établissement de santé et sur le territoire.

Pour notre part, au décours de nos deux premiers stages d'Elève Directeur des Soins (EDS) nous avons pu pleinement prendre conscience de cette position privilégiée. En effet, il semble persister des disparités, des singularités exprimées à l'intérieur des Centres Hospitaliers tout comme au sein du GHT, liées aux dimensions, aux distances, aux cultures et aux missions des différents établissements (MCO, SMS, SSR).

De plus, les contextes sanitaires semblent fragiliser ou au contraire renforcer les organisations et les liens dans le GHT, élément composite par définition.

Ainsi, le GHT incarne un territoire de santé avec ses singularités, ses contraintes, ses codes, ses règles et ses contingences, inhérents à sa composition, son statut juridique, sa genèse. Son activité est assujettie à une organisation humaine et technique confrontée aux exigences socio-politico-économiques du moment.

Demain lors de notre prise de fonction de DS, il est fort probable que nous soyons confrontés aux mêmes questionnements et comportements liés aux interactions humaines, aux enjeux de pouvoir, de rivalités, de concurrences, de quêtes identitaires au sein d'un établissement hospitalier ou d'un GHT, particulièrement prégnantes en situation de crise. En effet, après le premier stage nous nous sommes portés volontaire pour conduire une mission de 4 semaines pour mettre en place une gestion territoriale de lits infectés SARS Cov-2. Cette expérience nous a permis modestement de construire des rapprochements d'établissements parties et d'illustrer le rôle majeur joué par le DCGS dans cette gestion des organisations et des acteurs de soins sur le territoire.

Notre mémoire entreprend d'aborder le rôle du DS/CGS, acteur privilégié dans la construction et l'émergence d'une appartenance, d'une dynamique territoriale au service des établissements parties et support.

Dans ce contexte de pilotage en transversalité par la Direction, est-ce que le sentiment d'appartenance ne tient pas aux restructurations rencontrées lors des fusions, des rapprochements d'unités fonctionnelles inter-sites, d'établissements parties du GHT ?

Ne serait-ce pas au contraire, le fait d'avoir intégré une grosse structure à l'échelle d'un GHT, parfois avec des établissements très éloignés les uns des autres sur le territoire, qui

soit à l'origine d'une recherche ou pas, d'une appartenance à un site, à une structure pour les personnels soignants ?

La connaissance et la reconnaissance des cadres de santé et du personnel paramédical dans le GHT, ne passeraient-elles pas par l'intégration et l'acceptation de leurs diverses Cultures d'établissement ?

Enfin, cette appartenance multiculturelle, pluriprofessionnelle et multisites, ne pourrait-elle pas contribuer à améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins ?

Ces multiples questions nous conduisent à proposer l'hypothèse suivante selon laquelle: Sur le GHT, les établissements parties et les personnels soignants ont le sentiment de perte d'appartenance lié au pilotage de la politique institutionnelle conduite parfois à distance de leur hôpital. Cela semble tenir au fait, de rejoindre une grosse structure, où leur établissement n'est que partie, perdant de son histoire, de son identité, de sa culture. S'inscrire dans une nouvelle entité pour créer une nouvelle appartenance sans perdre de sa singularité permettrait aux cadres de santé et aux personnels soignants de faire de leur posture une plus-value dans la prise en charge des patients par l'existence de liens et de liant réunissant les divers établissements du GHT.

Notre démarche pour vérifier notre hypothèse et conduire notre mémoire professionnel, va s'articuler en trois étapes.

Tout d'abord, nous présenterons un cadre théorique et conceptuel afin de préciser notre objet de recherche : « le Directeur Coordonnateur Général des Soins est un acteur clef dans le développement d'une appartenance au sein du GHT pour les personnels soignants » et de définir les enjeux théoriques de notre analyse.

Puis, nous étayerons notre écrit à l'aide d'entretiens semi-directifs menés sur le terrain dans plusieurs établissements de santé afin de questionner notre hypothèse de départ.

Enfin, l'analyse des résultats obtenus constituera les axes de propositions et de préconisations pour notre prise de fonction de Directeur Coordonnateur Général des soins.

1 Contextualisation et Cadre de référence :

1.1 Des CHT aux GHT : genèse d'une approche territoriale de la santé, des coopérations hospitalières

L'ordonnance n°58-1199 du 11 Décembre 1958² relative à la coordination des établissements de soins posait les bases de la sectorisation afin d'éviter des doublons d'offres de soins, la redondance d'équipements voire de suréquipements, notamment dans certaines régions. Déjà alors, des disparités de moyens et de ressources étaient existantes. Puis la loi du 31 Décembre 1970³, dite « Boulin » instaura une cartographie sanitaire avec un découpage de la France en secteurs sanitaires avec la notion de service public. Par ailleurs, l'article 5 de cette même loi, précisait la carte sanitaire avec ses groupements hospitaliers de secteur et leur forme juridique, les syndicats inter-hospitaliers de secteur et de région. Ainsi, elle définissait les installations à améliorer, à créer ou à supprimer en fonction des besoins ou des nécessités.

Ce fut un peu plus tard, avec la loi de Juillet 1991⁴ que furent rédigés les schémas régionaux de l'organisation des soins (SROS) précisant les procédures et les annexes opposables pour l'organisation territoriale de l'offre de soins.

De plus, l'article 30 de l'Ordonnance dite Juppé du 24 Avril 1996⁵ tenta de rendre obligatoire la création des Communautés d'Établissements de Santé entre les hôpitaux publics d'un même secteur sanitaire. Cette tentative ne put aboutir et fut rapidement abandonnée.

Il a donc fallu attendre l'année 2003 avec la parution de l'article 5 de l'Ordonnance du 04 Septembre⁶ qui remplaça la sectorisation sanitaire datant de la loi de 1970, par des territoires de santé gradués, emboîtés et dimensionnés en fonction du besoin de soins. Ce fut la circulaire du 04 Mars 2003⁷ qui lança le SROS de 3^{ème} génération souhaitant imposer aux établissements de santé publics et privés d'un même territoire, l'expression d'un Projet Médical de territoire, défini comme un véritable outil stratégique, pivot de la coopération et de la complémentarité sanitaire sur et pour le territoire. Ainsi, le plan hôpital 2007 qui fit suite aux mesures annoncées le 4 septembre 2003, visant à moderniser l'offre de soins, à réduire l'augmentation des dépenses de santé, proposa la mise en place d'une nouvelle gouvernance hospitalière, pour améliorer la concertation entre la Direction et les médecins

² Ordonnance n°58-1199 du 11 Décembre 1958 relative à la coordination des établissements de soins comportant hospitalisation (p11170), Journal Officiel 12 décembre 1958

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

⁴ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal Officiel, 2 août 1991

⁵ Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel, 25 avril 1996

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

⁷ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 et la circulaire no 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

dans la prise de décision stratégique ainsi que le développement d'un fonctionnement agile répondant aux contraintes médico-économique des services (création des pôles d'activité, de la tarification à l'activité, visant à corréliser les moyens d'un établissement (dépenses) à son activité (recettes tirées des tarifs nationaux par pathologies)⁸.

Puis, ce fut la naissance des Groupements de Coopération Sanitaires (GCS)⁹ disposant d'un statut juridique représenté par des personnes morales de droit public, susceptibles de recevoir des autorisations d'activités de soins hospitaliers. A noter que les GCS aujourd'hui encore, demeurent des structures plus actives et réactives que les actuels GHT, car ces derniers ne possèdent toujours pas de personnalité morale.

Par la suite, la mission Larcher en 2007¹⁰ relative à l'avenir de l'hôpital, inspira en 2009 la loi du 21 Juillet dite HPST¹¹, Hôpital Patient Santé Territoire, avec la création des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT). Néanmoins, les décrets d'application ne furent parus que dans les années suivantes pour finalement en 2012, laisser la place à la mission du Pacte de Confiance à l'Hôpital¹² qui recommanda déjà la création d'une nouvelle structure appelée Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Cette nouvelle organisation fut établie et imposée avec la loi de Modernisation de Notre Système de Santé n°2016-4 du 26 Janvier 2016¹³ remplaçant par l'article 107 les CHT par les GHT. C'est ainsi que ce dispositif rendu obligatoire pour tous les établissements publics demeurent toutefois encore facultatif pour les services et établissements publics médico-sociaux.

Aujourd'hui la France compte 136 GHT, de tailles et de compositions très diverses, soit 890 établissements publics de santé. Ainsi leur périmètre reste très variable, passant de 3 à 4 établissements, couvrant un territoire d'une centaine de milliers d'habitants pour les plus petits, à plus de 18 établissements sur plusieurs départements pour le plus grand ; la moyenne se situant sur une échelle départementale.

Après avoir décrit la genèse du GHT, nous poursuivons avec son fonctionnement et sa composition.

1.2 Le GHT un mode de coopération conventionnel réunissant différentes structures sanitaires et médico-sociales

En 2017, M. le Premier Ministre Edouard Philippe et Mme la Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn avaient présenté le Plan Stratégique du Gouvernement pour l'égal

⁸ Plan Hôpital 2007 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_h2007_1.pdf

⁹ Article 8 de l'Ordonnance du 04 Septembre 2003 Op Cit (Note6)

¹⁰<https://www.elysee.fr/nicolas-sarkozy/2007/10/12/lettre-de-mission-de-m-nicolas-sarkozy-president-de-la-republique-adressee-a-m-gerard-larcher-sur-lorganisation-dune-concertation-sur-les-missions-de-lhopital-le-12-octobre-2007>

¹¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires paru au JO le 22 juillet 2009

¹² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/04_03_13_Dossier_de_presse_rapport_Couty-2.pdf

¹³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé paru au JO le 27 janvier 2016

accès aux soins dans les territoires en insistant sur le fait que « *chaque citoyen doit avoir accès à une médecine de qualité quel que soit l'endroit où il vit* »¹⁴.

Ainsi la loi n°2019-774 du 24 Juillet 2019¹⁵ relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a renforcé l'intégration au sein des GHT avec notamment l'article 37 qui prévoit une Commission Médicale de Groupement, les mutualisations obligatoires de la Gestion Ressources Humaines et optionnelles pour certaines fonctions (investissement, Contrat Pluri Annuel d'Objectifs et de Moyens).

Enfin, le Ségur de la Santé¹⁶ semble proposer dans ses piliers 3 et 4, des mesures complémentaires qui sembleraient permettre une meilleure association des collectivités territoriales, une plus grande responsabilité des élus locaux en matière de Gouvernance et de financement de l'offre de soins de proximité et un projet de loi 3D : Décentralisation, Différenciation, Déconcentration. Parmi les propositions du Ségur de la Santé, nous retiendrons le projet de regrouper la Commission Médicale d'Etablissement (CME) avec la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducations et Médico-Techniques (CSIRMT) qui interroge sur sa mise en œuvre et sur le statut de chacun.

Pour autant, aujourd'hui le GHT s'appuie encore sur la Convention Constitutive et le Projet Médical Partagé afin de garantir une offre graduée de soins de proximité, de référence jusqu'au recours.

1.2.1 La Convention Constitutive :

Le GHT est composé d'établissements parties et d'un établissement support désigné par la Convention Constitutive soumise à l'approbation du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (DGARS).

La Convention Constitutive de GHT représente un dispositif strictement conventionnel sans statut de personnalité morale. Elle est définie par l'article L6132-2 et les dispositions réglementaires du Code de la Santé Publique (CSP)¹⁷.

Ainsi, elle se décline en deux volets relatifs :

- Au Projet Médical Partagé (PMP) ou Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP)
- Aux dispositifs d'organisation et de fonctionnement comprenant la liste des instances communes du GHT, les modalités de désignation des représentants qui y siègent.

De plus, la Convention spécifie également les compétences déléguées à l'établissement support ainsi que la durée et les modalités de reconduction expresse. En outre, elle définit les objectifs à atteindre et les procédures de contrôle de l'établissement délégant, partie sur

¹⁴ <https://www.gouvernement.fr/plan-national-de-sante-publique-la-prevention-pour-lutter-contre-les-inegalites-de-sante>

¹⁵ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, paru au JO le 26 juillet 2019

¹⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/>

¹⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000036515987/2018-01-19/>

l'établissement support du GHT. Elle est réalisée pour 10 ans. Le PMP quant à lui est élaboré pour 5 ans maximum.

La Convention Constitutive peut continuer d'évoluer et de s'incrémenter à travers des avenants comme par exemple concernant le choix des instances : un Collège devenant une Commission Médicale.

Parallèlement, un règlement intérieur du GHT doit également être mis en place afin de préciser le fonctionnement de la structure et ainsi pouvoir le modifier de façon plus souple que le permettrait la Convention Constitutive.

De plus la Convention Constitutive du GHT peut s'articuler avec d'autres conventions qui lui permettront d'autres champs d'action en fonction des orientations stratégiques et des options organisationnelles souhaitées par les établissements parties, notamment avec des conventions d'association avec les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), de partenariats avec des structures privées ou encore des mises à disposition de personnels au sein du territoire.

Enfin, elle revêt une importance fondamentale en structurant l'organisation hospitalière, car le GHT n'est pas doté d'une personnalité morale qui décide pour tous. De même la Convention Constitutive demeure opposable aux établissements signataires et inclus leurs engagements contractuels, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux. Ainsi, en vertu du droit des contrats, la Convention Constitutive oblige et implique les établissements parties de respecter et d'honorer leurs engagements.

Nous constatons que la Convention Constitutive par sa nature, son contenu représente le lien juridique et opérationnel unissant les différents établissements de santé constituant le GHT.

- A) Le Projet Médical Partagé (PMP), le Projet de Soins Partagé (PSP) vers un Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP)

- a) *Le PMP*

Le PMP précise la stratégie médicale du GHT par filières et comprend 9 points :

1° Les objectifs médicaux conformes au projet régional de santé et à l'offre de soins existante

2° Les objectifs du groupement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

3° L'organisation par filière d'une offre de soins graduée de la proximité au recours, en identifiant les modalités de prise en charge coordonnée des patients par les professionnels de santé entre les différents établissements du GHT.

4° La description de l'organisation des activités pour chaque filière, portant sur:

- La permanence et la continuité des soins ;
- Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ;

- Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;
 - Les plateaux techniques ;
 - La prise en charge des urgences et soins non programmés ;
 - L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;
 - Les activités d'hospitalisation à domicile ;
 - Les activités de prise en charge médico-sociale ;
- 5° Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ;
- 6° Les conditions de mise en œuvre de l'association entre le GHT et le CHU pour les missions de référence, recherche, enseignement ;
- 7° Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4° ;
- 8° Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ;
- 9° Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation

b) Le PSP :

Il représente un support méthodologique de référence par son contenu, ses pistes de réflexion et perspectives pour poursuivre les travaux engagés et faciliter leur mise en marche. Le projet médical et le projet de soins partagé, sont les ciments de l'édification du GHT pour mettre en application une gradation des soins, structurée autour de filières de prise en charge. Ils doivent s'ancrer dans un diagnostic territorial des besoins en santé, afin de projeter les pistes de réflexions et de définir les actions à engager pour construire une réponse adaptée donc cohérente, pragmatique, réaliste et applicable.

Le projet de soins partagé a pour objectifs :

- ✚ D'améliorer significativement et très concrètement les soins aux patients,
- ✚ Donner un cap et du sens aux soignants dans leur exercice professionnel.

La formalisation du PSP est strictement encadrée :

- ✚ Par des textes législatifs récents :
 - La Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) : Art. 107¹⁸:
 - Le GHT est un outil de coopération territoriale réservé aux établissements publics de santé basé sur PMP formalisé par une convention constitutive, vecteur d'une stratégie de groupe. Le GHT se construit autour de parcours patient.
 - Au PMP est associé un PSP qui dans certains territoires peut constituer un seul et même projet : le PMSP de territoire

¹⁸ https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000038887247/2019-07-27/

➤ Le GHT incarné par le PMSP est obligatoire depuis le 1er juillet 2016 pour les établissements publics de santé et facultatif pour les établissements médico-sociaux.

○ L'article R.6132-5 du code de la santé publique ¹⁹:« *Le projet de soin de GHT... s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical* » et « *la participation à sa rédaction par les équipes soignantes, de chaque filières concernées* ».

✚ Par des textes plus anciens en lien avec la fonction de DS, avec le décret du 29 septembre 2010 modifiant le décret du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps de DS de la fonction publique hospitalière, l'article 4 précise :« *Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité...* »²⁰

c) Le PMSP :

Le PMSP du GHT représente le socle du dispositif de maillage territorial entre les établissements de santé, destiné à organiser et construire une gradation des soins au sein de parcours de santé avec le développement d'une culture de solidarité.

Le PMSP a pour objectif de construire et d'apporter une réponse médico-soignante, déclinée en actions concrètes selon les spécificités des établissements parties.

De même, il permet d'organiser le dialogue au sein et entre les différents établissements parties du GHT. Il contribue à valoriser les points communs entre les différents établissements tout en considérant les spécificités de chacun afin de proposer une offre de soins répondant aux besoins en santé de l'ensemble du territoire concerné.

Les thématiques majeures d'investigation déclinées et mobilisées dans le PMSP sont :

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

Les thèmes d'impulsion qui sous tendront les réalisations des PMSP, sont :

- L'éthique et la bientraitance
- La qualité de vie au travail
- L'innovation

¹⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000036515987/2018-01-19/>

²⁰ Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

B) Les Six instances opérationnelles du GHT

a) *Collège Médical ou Commission Médicale de groupement (CMG)*

Le président du Collège ou de la Commission Médicale coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation. Les CME de chaque établissement membre du GHT choisissent à la majorité l'instance médicale commune du groupement, Collège ou Commission Médicale de groupement. Cette instance de groupement élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires membres. Elle est notamment composée des présidents des CME des établissements parties du GHT, des représentants désignés par les CME des établissements parties pour les établissements publics de santé et des représentants des professionnels médicaux des établissements médico-sociaux. Outre les avis qu'elle émet concernant le PMPG, elle réalise des propositions pour la nomination du médecin responsable du département de l'information médicale (DIM) de territoire et des chefs de pôles inter-établissements.²¹

b) *Comité stratégique (CoStrat)*

Le comité stratégique est présidé par le Directeur de l'établissement support. Il est composé des Directeurs d'établissements, des présidents des CME et des présidents des CSIRMT de l'ensemble des établissements membres. Sont aussi membres de droit le président du CMG, le médecin responsable du DIM de territoire et le Directeur de l'unité de formation et de recherche médicale lorsque qu'un CHU est membre du GHT. Le CoStrat peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de ses compétences. Il est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention constitutive, du PMP ainsi que sur la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions. D'autre part, il élabore le règlement intérieur du groupement, reçoit les avis émis par la Commission Médicale et la CSIRMT de groupement et par la commission ou le comité des usagers de groupement, reçoit pour avis les Etats Prévisionnels de Recettes et Dépenses (EPRD) des établissements parties et le médecin responsable du DIM de territoire lui dresse un bilan annuel de l'activité du groupement.²²

c) *Comité ou commission des usagers (CDU)*

Le Comité Des Usagers ou la Commission Des Usagers de groupement est présidé par le Directeur de l'établissement support du groupement. La convention constitutive fixe sa composition et ses compétences. Compte tenu du vaste champ de compétence des CDU des établissements de santé (suivi des plaintes et réclamations, veille au respect des droits des usagers, participation à l'élaboration de la politique d'accueil, de la prise en charge, à la politique de qualité ...) ses missions sont fixés par la convention constitutive. Les avis

²¹ Article L6132-2 Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

²² Article L6132-2 Décret n° 2016-524 Op Cit note (18)

émis par la CDU de groupement sont transmis aux membres du CoStrat et à chacune des CDU des établissements parties au GHT.²³

d) Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

Le président de la CSIRMT de groupement est un coordonnateur général des soins désigné par le Directeur de l'établissement support. Il n'est pas nécessairement celui de l'établissement support. La CSIRMT de groupement est composée des présidents et de représentants des différentes CSIRMT des établissements de santé parties et de représentants de professionnels paramédicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement. Les avis émis par la CSIRMT de groupement sont transmis au CoStrat de groupement et à chaque CSIRMT des établissements parties du GHT.²⁴

e) Comité territorial des élus locaux

La convention constitutive définit la composition et les règles de fonctionnement du comité territorial des élus locaux qui réunit les maires des communes des établissements parties, les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties, le président du CoStrat, les Directeurs des établissements parties et le président du CME de groupement, tous membres de droit. Le comité territorial des élus locaux évalue et contrôle les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du GHT. D'autres missions peuvent lui être déléguées dans la convention constitutive²⁵.

f) Conférence territoriale de dialogue social

La conférence de dialogue social est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du GHT. Elle est présidée par le président du CoStrat et le Directeur de l'établissement support. Elle est composée d'un représentant de chaque Organisation Syndicale (OS) représentée dans au moins un Comité Technique d'Etablissement (CTE) sur le GHT, des représentants fixés en nombre par la convention constitutive, des OS représentées dans plusieurs CTE des établissements parties du GHT. Les présidents de CME et de la CSIRMT du GHT disposent chacun d'une voix consultative ainsi que d'autres membres du CoStrat, désignés par son président²⁶.

Nous allons maintenant aborder l'évolution d'un acteur, contributif au fonctionnement des établissements de santé et du GHT.

²³ Ibid

²⁴ Article L6132-2 Décret n° 2016-524 Op Cit note (18)

²⁵ Ibid

²⁶ Ibid

1.3 Le DS évolution au fil des réformes : De l'IG au DS/CGS de territoire

Comme nous l'avons évoqué dans les paragraphes précédents, notre système de santé a beaucoup évolué ces cinquante dernières années. Par ailleurs, le Ségur de la santé qui fait suite aux mouvements sociaux des gilets jaunes et à la crise sanitaire, propose plusieurs axes de réponses, en dédiant un pilier complet relatif aux territoires en incluant les principales associations d'élus à ses réflexions.

Fort de toutes ces évolutions, la place et le rôle du Directeur des Soins ont changé pour s'adapter. Ainsi, depuis les décrets statutaires n°75-245 du 11 Avril 1975²⁷, plus récemment depuis Avril 2002²⁸, la fonction et le métier se sont transformés passant d'Infirmier Général (IG) à celui de Directeur des Soins. C'est ainsi que le dernier décret portant statut particulier du Corps de Directeur des soins de la Fonction Publique Hospitalière, texte de référence pour le référentiel métier des DS, détaille que ce dernier « *voit ses missions renforcées au niveau stratégique clairement identifiées, en complément des missions de niveau plus opérationnel. Il doit connaître l'environnement et les acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux du territoire afin de positionner l'offre de soins de l'établissement, en cohérence avec les besoins des populations définis par territoire avec l'ARS, dans le cadre du CPOM* ». Puis en 2009, la loi HPST a légitimé la place du Directeur des Soins aux seins des instances. Dès lors, ses missions ont pris une dimension encore plus politique et stratégique dans son management avec une approche territoriale.

Ainsi, depuis 2016 au sein du GHT, le DS intervient entre autres, pour faciliter les coopérations entre les structures autour d'un projet commun et partagé au service de la qualité et de la sécurité des soins. Par conséquent, le DS semble se révéler être une ressource parmi les divers acteurs en place, en qualité de porteur de projets de coopération entre les différents professionnels du territoire.

Par ailleurs, il peut se positionner comme un médiateur opérationnel (illustré significativement lors de la crise Covid-19) en optimisant les liens professionnels. C'est ainsi qu'il sait mobiliser les compétences de ses collaborateurs, acteurs ressources en fonction des thématiques. Il s'inscrit également dans l'innovation et sait faire preuve de propositions. De même, par ses actions, il contribue à faciliter le travail de coordination des parcours de soins en élaborant des partenariats, en animant des réseaux professionnels et en conduisant des projets.

Par conséquent, le métier s'est fondamentalement transformé passant d'une organisation pyramidale et verticale vers un modèle transversal, synonyme de changement de paradigme avec une culture de groupe, de GHT.

²⁷ http://www.senat.fr/comptes-rendus-seances/5eme/pdf/1975/04/s19750429_0683_0721.pdf

²⁸ Décret n°2002-550 *Op Cit* (note 16)

Enfin, demain le métier sera certainement encore amené à évoluer et à se transformer. D'ailleurs, le Ségur de la santé²⁹ propose dans la mesure 22 du pilier 3, de permettre l'expérimentation de modalités alternatives d'organisation de la Gouvernance allant éventuellement jusqu'au regroupement de la CME et de la CSIRMT. Charge aux DS d'établir les modalités de co-construction de cette potentielle nouvelle entité, des rôles et des missions que chacun portera...

Les trois paragraphes ci-dessus illustrent les modifications rencontrées ces dernières décennies, sur les organisations, les offres de soins et les rôles des DS. Nous retiendrons également la place et l'intérêt de la Convention Constitutive, du règlement intérieur et le rôle du DS au carrefour des activités, des établissements et des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.

Outre les aspects réglementaires et législatifs qui conditionnent et impulsent les changements, voire parfois les imposent, nous constatons toutefois que cela repose sur des femmes et des hommes, pro-actifs ou non aux phénomènes.

Pour autant les modalités d'application sont loin d'être anodines, anecdotiques et dépendent d'une stratégie tant individuelle que collective. Aussi, il semble qu'une approche relationnelle reposant sur un climat, un sentiment de confiance puisse faciliter les interactions professionnelles. Aussi, les dynamiques individuelles ou de groupe, facilitent ou entravent les projets, les changements.

Par conséquent à ce stade de notre réflexion, nous maintenons notre questionnement initial relatif au rôle clef du DS dans l'émergence d'une appartenance de GHT. Pour autant, l'adhésion des professionnels dans une appartenance commune n'est pas implicite et s'avère parfois difficile, notamment en fonction des contextes et des modalités d'intégration. Nous poursuivrons donc notre étude en investiguant sur les stratégies développées par les DS, les freins et les leviers identifiés pour construire une appartenance territoriale réunissant les différents acteurs de plusieurs établissements sanitaires, médico-sociaux et de santé mentale.

²⁹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf

2 Enquête exploratoire :

2.1 Approche théorique

Nous avons orienté nos recherches bibliographiques à travers la littérature relative à l'appartenance et à l'identité.

2.1.1 L'appartenance

Le dictionnaire de la langue française définit l'appartenance, comme le fait d'appartenir et comme synonyme d'adhésion. Le Littré précise « *Ce qui appartient à une chose, ce qui en dépend* ». Nous pouvons donc avoir différentes appartenances d'ordre sociale, ethnique, politique, religieuse, identitaire...

A) Sentiments d'appartenance

L'appartenance signifie selon Mucchielli, R. « *Sentir le groupe dans lequel on se trouve et se sentir soi-même de ce groupe englobe un ensemble d'attitudes individuelles et de sentiments, désignés par le mot " appartenance ". L'appartenance n'est pas le fait de se " trouver avec ou dans ce groupe " puisqu'on peut s'y trouver sans le vouloir ; elle implique une identification personnelle par référence au groupe (identité sociale), des attaches affectives, l'adoption de ses valeurs, de ses normes, de ses habitudes, le sentiment de solidarité avec ceux qui en font aussi partie, leur considération sympathique* ». ³⁰

Ainsi, l'appartenance se fait par des comportements, des attitudes mêlés d'affectes. Elle ne se restreint pas à être avec ou dans ce groupe d'appartenance mais implique une volonté personnelle, individuelle de s'y trouver. L'individu doit pour se faire, s'identifier, se reconnaître dans le référentiel de valeurs, de règles, d'habitus du groupe qu'il veut rejoindre. Des liens affectifs sont alors nécessaires pour permettre cette appartenance. Mucchielli stipule qu' « *Appartenir, c'est en effet découvrir que je m'actualise en lien avec d'autres personnes, que j'ai une part irremplaçable à exercer dans les groupes auxquels j'appartiens ; que dans ces groupes, je dois tenir compte de l'autre, de ce qu'il est, de ce qu'il pense, de ce qu'il peut apporter, qu'ensemble nous pouvons construire, créer, mettre en œuvre des projets qui puissent servir la collectivité.* » ³¹

L'appartenance nécessite en plus, l'adhésion au système de valeurs du groupe, de réellement s'inscrire dans une interrelation, une dynamique, une synergie avec le groupe. La notion d'inter dépendance est très forte. Mucchielli R., insiste sur l'inter relation qui existe entre l'individu et le groupe dans une appartenance. Cette dernière est présentée comme un processus dynamique où sans cesse l'individu évolue en lien avec d'autres personnes. Dans cette considération, cette reconnaissance mutuelle des individus, où chacun dépend

³⁰ MUCHIELLI, R.1980 « Le travail en équipe ». Editions ESF, p.99

³¹ Ibid, p.99

de l'autre, l'épanouissement individuel et collectif sont alors possibles. Ainsi l'appartenance impose le partage d'un minimum de points communs entre les membres d'un groupe pour plus d'affinité, de points de congruence. Néanmoins, les individus peuvent avoir en revanche plusieurs appartenances dans différents groupes.

Nous voyons que le groupe d'appartenance n'est pas pour autant aliénant et que l'individu comme le groupe peuvent choisir librement de rompre leur appartenance, les liens qui les ont unis. Pour suivre le raisonnement de Muchielli R., le groupe exerce des contraintes plus ou moins fortes, par le biais de règles, de normes, de modèles, qui régissent officiellement ou non le fonctionnement du groupe. En retour l'individu peut exercer son influence sur le groupe. Il n'est jamais totalement contraint. L'individu comme le groupe interagissent l'un sur l'autre. Ils sont en inter relation.

De même Guertin, G. dans son livre, écrit que « *Le sentiment d'appartenance est un processus interactif par lequel les individus sont interreliés et se définissent en rapport les uns avec les autres en fonction de champs d'intérêts et d'affinités* ». ³²

Boucher, L.-P., Morose, J., nous présentent le sentiment d'appartenance comme « *Ce que ressent un individu concernant son appartenance à un groupe, à une organisation ou à une institution. Le fait de se sentir bien chez soi ou à l'école, le fait de se sentir utile au groupe et solidaire des autres constitue des indicateurs du sentiment d'appartenance d'une personne. Plus un individu a un fort sentiment d'appartenance à un groupe, plus il a tendance à adopter les valeurs, les normes et les règles de conduite de ce groupe.* » ³³

Ces trois auteurs insistent sur la composante affective nécessaire pour appartenir à un groupe. Ce ne sont pas uniquement les conjonctions de circonstances qui font que l'individu intègre un groupe d'appartenance. Il y a une volonté d'identification.

L'individu a besoin d'appartenir à un groupe, d'interagir avec l'Autre, de tisser des liens relationnels. Le sentiment d'appartenance participe à la construction de l'estime de soi sociale. Cette dernière se développe lorsque le sujet prend conscience de son importance pour l'Autre et pour le groupe. Il se sent alors impliqué dans les relations, les échanges qui existent dans le groupe. Le sentiment d'appartenance évite le sentiment de solitude. Il naît de l'éclatement de l'égoïsme et de l'implication individuelle du sujet dans des tâches, des responsabilités qu'il prend pour contribuer au bon fonctionnement du groupe. Le sentiment d'appartenance se développe aussi lorsque l'individu a l'occasion de partager. Les expériences de partage et de coopération permettent à l'individu de créer les liens avec ses pairs.

³² GUERTIN, D. Sentiment d'appartenance chez l'adolescente et chez l'adolescent en milieu scolaire. Mémoire UQAM, 1987, p.4.

³³ BOUCHER, L.-P. &. Responsabilité et appartenance : la dynamique d'un projet éducatif. Revue des sciences de l'éducation, Volume 16, 1990 pp. 415-431.

Dans un contexte de socialisation, Devillard, O. ajoute que l'appartenance sociale est une aspiration essentielle de l'être humain. « Elle lui procure un effet de reconnaissance et constitue un élément de son identité. L'appartenance est le signe d'un lien humain et d'une place parmi les autres. L'intégration dans une équipe répond à ce désir ». ³⁴

B) Les facteurs d'appartenance

Selon Dubois, P. ³⁵, il existe 6 facteurs pour favoriser le sentiment d'appartenance :

- Le respect et la considération de la hiérarchie est un facteur incontournable pour l'engagement, la motivation de l'individu dans le groupe.
- La grande importance portée par l'institution à la qualité et au service réalisés par l'individu et le groupe, valorise le travail fait.
- La recherche de la qualité a certes contribué à la conception de programmes d'amélioration de la qualité et du service dont la valeur technique est indéniable. D'ailleurs les établissements de soins s'inscrivent particulièrement dans cette dynamique. Pour preuve, les Directions et cellules qualités, permettent de concourir vers de meilleures prestations de soins. Il importe désormais d'implanter ces programmes dans le contexte d'une stratégie qui vise au développement d'un fort sentiment d'appartenance et d'engagement chez le personnel pluridisciplinaire.
- Une tâche avec des responsabilités clairement définies, participe également au développement du sentiment d'appartenance et d'engagement. Ainsi, la clarté de la tâche ne se réduit pas à la seule description détaillée de ce qui est demandé. Plus la commande est exprimée clairement, avec une communication adaptée, une définition précise des attentes (tâches, responsabilités), plus le personnel les comprendra, les intégrera et se les appropriera. Par conséquent la tâche et les responsabilités appartiendront au groupe, aux individus grâce à une explicitation claire, intelligible des attentes.
- Une tâche stimulante qui puisse apporter un sentiment d'utilité et de valorisation de l'individu en lien avec les efforts fournis. Cette tâche mobilisera les ressources, les aptitudes et les connaissances professionnelles permettant à l'individu de construire un jugement qui participera à l'émergence d'un sentiment d'appartenance et d'engagement. D'ailleurs depuis une cinquantaine d'années, les psychologues avancent que l'épanouissement personnel et professionnel, contribue à motiver le personnel et permet équilibre psychologique. L'individu se sent alors poussé, motivé pour user et développer ses ressources, ses capacités personnelles. La plus-value apportée par la reconnaissance de la tâche avec l'acquisition de l'autonomie du personnel constitue les deux points d'appui d'une stratégie qui vise l'amélioration de ce facteur de gestion.

³⁴ DEVILLARD, O. La dynamique des équipes. Paris : Editions d'Organisation. 2000, p.40

³⁵ DUBOIS, P. Le sentiment d'appartenance du personnel. Québec, Canada : Quebecor Eds. 2005

- La qualité de l'information transmise au personnel sur les orientations, les projets, les réalisations et la performance de l'unité ou de l'institution, permet également le développement du sentiment d'appartenance et d'engagement du personnel. L'importance d'informer, de communiquer augmente lorsque l'unité ou l'institution traverse une période difficile, de crise qui amène de l'insécurité, du trouble.

En synthèse, les modalités de management permettront de développer un fort sentiment d'appartenance, d'engagement au sein d'une unité, d'un pôle ou d'une institution par la considération, le respect, la reconnaissance de chacun mais aussi la cohérence entre le discours tenu par la hiérarchie et les faits. Il doit y avoir concordance, congruence et transparence entre les objectifs clairement énoncés, explicités et les tâches demandées.

2.1.2 Des appartenances aux identités

Nous commençons par mettre en relation appartenance et identité, plus justement les appartenances et les identités. En effet, Michel Serre³⁶ distingue l'identité des appartenances. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, l'identité est considérée comme la somme de toutes les appartenances. La dimension sociale de l'identité de l'individu est traditionnellement assurée par un sentiment d'appartenance à des groupes sociaux plus ou moins larges, dans lesquels son ascendance l'a objectivement inscrit. Les groupes d'appartenance sont variables culturellement et historiquement sous formes de clans, de castes, de classes sociales, de nations, de régions, de villes, de quartiers, de villages, de communautés religieuses, de communautés ethniques...

Le sentiment d'appartenance est souvent multiple. Nous pouvons appartenir à la fois à un groupe social, un groupe ethnique, un groupe professionnel, etc. Serres, M. affirme que « *confondre l'identité et l'appartenance est une faute de logique* »³⁷. et s'inspire de la définition mathématique d'identité et d'appartenance. L'identité en mathématique définit une ressemblance, une similitude totale, de façon exclusive, à l'identique. L'identité peut se définir comme "égalité", pas au sens républicain du mot, mais au sens de "est égal à" toujours en référence aux mathématiques.

Nous pouvons reprendre la définition de l'identité en mathématique :

« *En mathématiques, sur un ensemble X donné, la fonction identité est la fonction, notée id qui à tout élément x de X associe lui-même : $\forall x \in X, f(x) = x \in X$* »³⁸

De même, toujours en mathématique, l'appartenance se fait par la relation à un ensemble : un élément appartient à un ensemble.

Il est primordial de distinguer l'identité d'une appartenance. En effet, si nous faisons l'amalgame, nous risquons de réduire l'identité à une seule appartenance. Si nous

³⁶ SERRES, M. (2009) Faute, Edito Libération

³⁷ Ibid

³⁸ <https://www.techno-science.net/definition/4901.html>

présentons uniquement une personne ou un établissement par son nom, son identité, nous nous limitons dans une seule définition, restrictive alors qu'il peut exister plusieurs liens d'appartenances avec un groupe social, des collaborateurs, d'autres établissements, d'autres institutions, partenaires etc... L'identité implique par essence l'individu, le « moi » ou le « je » tandis que « les » appartenances sont multiples. Les mathématiques avec la théorie des ensembles, l'illustre très bien : il y a par exemple l'ensemble des infirmier(e)s, des CSS et CS, des médecins, de la Direction, des pôles, du GHT, etc.

Si nous reprenons le modèle des mathématiques, celles-ci utilisent d'ailleurs un symbole différent pour désigner :

- L'appartenance : soit x appartient à l'ensemble A , est tout à fait différent de :
- L'identité, l'égalité : $x = A$.

Confondre l'identité avec une appartenance, nous enferme dans une définition réductrice. Par exemple, si nous ne sommes que « Directeur des soins », nous devenons de fait, un administrateur au regard des soignants avec les représentations que nous connaissons. En somme, nous sombrons dans une forme de totalitarisme.

La notion d'identité ainsi définie, est totalitaire car elle enferme le sujet dans une appartenance, une différence. Cela réduit l'individu dans sa dimension plurielle, en prétendant le définir entièrement et l'oblige à en répondre à tout instant. Concevoir l'identité comme telle, conduit à une forme d'aliénation.

« Réduire quelqu'un à une seule de ses appartenances peut le condamner à la persécution » estime Michel Serres³⁹. Nous rajouterons que cela condamne le sujet non seulement à être persécuté lui-même par son imperméabilité aux autres appartenances et également à persécuter les autres n'ayant pas la même identité. Nous pouvons également nous définir comme un carrefour d'appartenances qui participent à notre identité. Par analogie le GHT peut représenter le carrefour des multiples appartenances des établissements (sanitaires, médico-sociaux) définissant une identité territoriale. De même le DS par son parcours professionnel antérieur, présente diverses appartenances, notamment aux soignants, aux diverses disciplines de santé, divers hôpitaux, régions etc...

2.1.3 L'identité

L'identité selon le Littré est la qualité qui fait d'une chose, la même qu'une autre, que deux ou plusieurs choses ne sont qu'un. De même, elle s'apparente en médecine légale à celle dans laquelle on se propose de déterminer si un individu est bien celui qu'il prétend être ou s'il est celui que l'on présume reconnaître. Enfin l'identité révèle la conscience qu'une personne a d'elle-même, avec son identité personnelle, étant la persistance de la conscience de soi, qu'à un individu. L'identité vient du latin *Identitatem* voulant dire nom abstrait formé de *idem*, le même.

³⁹ SERRES op. Cit (note 38)

A) Une approche sociétale de l'identité avec les tensions existentielles selon Bajoit.G. Il développe une sociologie basée sur un paradigme identitaire. Il conçoit la société comme le résultat d'un ensemble de personnes inscrites dans un processus de construction identitaire individuelle. L'identité, qui ne serait jamais définitive résulte d'un cheminement personnel de l'individu sur lui-même. Elle est sans cesse en construction, dynamique et évolutive. Pour Bajoit, G., l'identité personnelle⁴⁰ repose sur trois instances :

1) L'identité désirée (ce que je voudrais être) s'inscrit dans le projet identitaire de l'individu conscient ou non de se réaliser, de s'épanouir, de s'accomplir, d'aller vers un idéal selon trois alternatives qui sont de se conformer à ses désirs, ses ambitions et à la société.

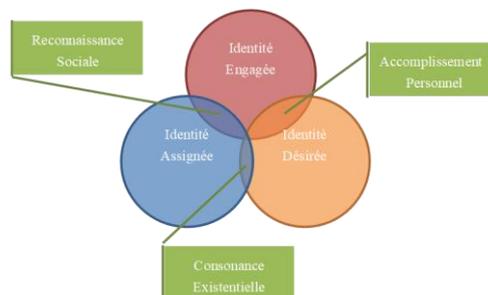
2) L'identité assignée (ce que je crois que les autres voudraient que je sois) repose sur les perceptions personnelles de l'individu face aux attentes des autres pour être socialement reconnu. L'individu choisit d'adhérer, de rejeter ou de trouver un compromis.

3) L'identité engagée (ce que je suis ou j'ai été) représente les « *engagements identitaires* » de l'individu dans ses comportements, comment il se conduit aujourd'hui et sera demain. Au nom de ses principes, l'individu peut se convaincre de continuer, ou au contraire par son autocritique renoncer et recommencer, ou encore concilier les deux identités précédentes. Lorsque l'individu est confronté à ces trois identités, il est partagé entre différentes perspectives, sources de tensions existentielles et interrogations identitaires. En effet, l'individu doit trouver les ressources en lui pour concilier ces trois objectifs identitaires sans jamais pour autant y arriver pleinement.

L'individu souhaite avant tout, concilier ce qu'il est, ses valeurs, ses engagements (identité engagée) avec ce qu'il aurait souhaité être consciemment ou pas (identité désirée). Le résultat sera l'accomplissement personnel.

Puis, l'individu va chercher à accorder son identité engagée avec ce que son environnement, les autres lui assignent d'être (identité assignée). Cela mènera à la reconnaissance sociale.

Finalement, il tente de combiner son identité désirée avec son identité assignée, afin de rapprocher son idéal « d'être » et ce qu'il imagine que les autres attendent de lui. Il s'agit de la consonance existentielle.



La structure de l'identité personnelle⁴¹

⁴⁰ BAJOIT, G. Le changement social. Paris : Armand Colin.2003, pp.103-104

⁴¹ BAJOIT G, Op. Cit. (Note 17), p.106

Ainsi, l'individu peut avoir différentes postures avec :

- Le conformiste qui fait preuve d'intégration en se « sur-conformant » aux valeurs reconnues comme « sûres ».
- L'adaptateur, personne mobile, qui a un esprit de compétition pour évoluer socialement afin de « devenir quelqu'un ».
- Le rebelle, qui est en opposition sociale, part du principe que tout ce qui est attendu de lui par les autres, n'est pas légitime et le rejette donc en bloc.
- L'altruiste, définit comme un être social, est prêt au renoncement de sa personne pour être au service des autres.
- Le stratège, hédoniste, vit dans le présent et jouit de la qualité de vie (affective, intellectuelle, physique).
- L'authentique est autotélique et possède des désirs, des passions qui le portent pour s'accomplir personnellement.
- Le conservateur, fidèle à ses choix, les assume jusqu'au bout de ses convictions.
- Le pragmatique, au de-là de la vie qu'il a, aspire à d'autres exigences en répondant d'une part à des contingences sociales et d'autre part, à travers une seconde vie, s'« auto-réaliser » par ce qu'il possède (talent, vocation, dons). Il fait la part des choses, entre ce qui lui est imposé et ce qu'il se permet pour s'épanouir.
- L'innovateur, plus conciliant, moins dogmatique, s'adapte en faisant preuve d'autocritique. Il serait prêt à tout recommencer si nécessaire et partir sur de nouveaux projets.
- L'anémique, est celui qui n'arrive pas à gérer les tensions. Il ne peut remplir le rôle social que les autres lui confèrent. Personne refermée, asociale, elle ne s'accomplit même pas par une passion. L'individu parvient même à donner le change et faire croire que tout va bien.

2.1.4 L'identité professionnelle

A) Définitions

Selon le Laboratoire d'Étude et de Recherche sur les Professionnalisations de l'Université de Reims Champagne Ardenne : « *L'identité professionnelle est ce qui définit une personne, ou un groupe de personnes, sur le plan professionnel, c'est la définition de son métier principal et l'ensemble des éléments stables et permanents traversant les différentes fonctions remplies par cette personne ou ce groupe [...] C'est l'ensemble des caractères interdépendants politiques, structurels ou psychosociologiques, qui se sont construits au cours de son histoire. Elle fonde sa spécificité, sa cohésion, sa stabilité dans le temps. Elle est à rapprocher de la Culture d'entreprise* »⁴² .

⁴² POTOCKI Malicet, D. (1997). Laboratoire d'Etude et de Recherche sur les Professionnalisations LERP. Consulté le Mars 10, 2020, sur Université de Reims Champagne Ardenne : <http://www.univ-reims.fr/site/laboratoire-labellise/lerp/recherche/projet-scientifique,10140,18183.html>

B) Une approche sociétale de l'identité professionnelle

Comme nous l'avons déjà abordé auparavant, Bajoit, G. a profité de ses travaux sur les trois instances d'identité pour la transposer aux identités professionnelles.⁴³

Ainsi, Bajoit, G dans son livre⁴⁴, précise que la construction identitaire personnelle s'effectue aussi dans le monde du travail. Il a d'ailleurs utilisé ses propres concepts sur la construction identitaire pour les transposer dans l'univers professionnel. Il part du principe, que ce modèle est suffisamment généraliste pour être applicable dans la sphère professionnelle.

Dès lors, nous obtenons les déclinaisons suivantes :

- L'identité assignée professionnelle pourrait être ce que le professionnel a comme représentation de sa profession et des attentes qui en découlent pour être reconnu professionnellement. Le professionnel choisit d'adhérer, de rejeter ou de trouver des moyens d'acceptation, des compromis de tolérance.
- L'identité désirée professionnelle, quant à elle, correspond à un idéal professionnel, construit à partir d'exemples emblématiques de collègues. Cela traduit, toute l'idéalisation et le « désir d'être », la représentation parfaite, idéale de la profession ou de l'exercice pour l'individu par rapport à un modèle identificatoire.
- L'identité engagée professionnelle, représente ce qu'est ou a été le professionnel. Elle représente tout l'engagement, l'investissement personnel de l'individu dans sa profession. Par ailleurs, Dubar Cl.⁴⁵, explore également le concept d'identité professionnelle. Nous avons vu que l'identité définit ce que sont les individus et permet de les distinguer en fonction des situations, des contextes. Or les individus sont différents entre la sphère privée et celle professionnelle. Il est donc important de distinguer et de dissocier l'identité privée de l'identité professionnelle dans le cadre du travail.

L'identité professionnelle, est le fait d'une activité professionnelle définie comme élément de construction, d'établissement de l'identité des individus. Ils se présentent et se construisent à travers leur profession, par leurs métiers, leurs appartenances à des groupes professionnels. Inversement, l'absence d'emploi peut s'avérer être un élément déstructurant de l'identité. L'individu peut perdre ses repères dans la société car il ne produit rien et n'appartient plus à la population dite « active ». Cela est très prégnant aujourd'hui, dans la société actuelle qui connaît un fort taux de chômage générateur de crises identitaires, existentielles.

La notion d'identité professionnelle apparaît dès lors, comme l'articulation entre l'identité biographique et l'identité relationnelle.

⁴³ BAJOIT : Op. Cit. (Note 17), p.106

⁴⁴ BAJOIT, G. Notes sur la construction de l'identité personnelle. Recherches Sociologiques, 1999, 30-2, pp. 69-84

⁴⁵ DUBAR, C. (1998). La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. Paris : Armand Colin, 1998

L'identité personnelle, biographique ou pour Soi, est l'identité à laquelle l'individu se sent appartenir, celle par laquelle il se définit soi-même par son parcours de vie personnelle avec ses formations, son métier, ou la profession à laquelle il se réfère, ses projets professionnels.

L'identité relationnelle professionnelle aussi appelée identité pour autrui ou identité prédicative désigne l'identité que les autres nous attribuent, qu'ils appartiennent ou pas au groupe professionnel. Elle est l'élément le plus prégnant dans la construction identitaire des professionnels.

Notre comportement est sous le regard constant des autres par ce qu'il représente, ce qu'il exprime pour autrui. Nous pouvons parler d'identité professionnelle uniquement lorsqu'elle est reconnue socialement par ses pairs et par les autres, non professionnels. Par exemple, un soignant sera reconnu lorsqu'il obtiendra la reconnaissance de son art par ses pairs, sa hiérarchie ou le patient. Ce concept montre combien la composante relationnelle dans la construction identitaire est importante pour faciliter l'intégration d'un individu dans un groupe professionnel. De ce fait, nous pouvons expliquer par ce processus comment la recherche de reconnaissance et la construction identitaire professionnelle s'opèrent au sein d'un groupe.

Finalement, l'identité se définit par la représentation que les autres ont de l'individu par ce qu'il est et renvoie de lui-même. Cette représentation évolue avec le temps et les expériences, les vécus. Chaque individu tend à évoluer, à rejoindre un groupe de référence où il se reconnaît, considère des liens d'appartenance.

L'identité professionnelle participe au concept de socialisation. D'ailleurs, Dubar Cl. part de ce concept pour construire et associer les processus individuels, personnels de construction d'une « *identité pour soi* » avec les mécanismes structurels de reconnaissances des « *identités pour les autres* ». Nous rappelons que les identités dépendent des relations avec les autres et des représentations qu'ils en ont. Il rajoute que les identités professionnelles dépendent aussi des rapports au pouvoir par la « *capacité de peser sur les décisions qui concernent son travail mais aussi la capacité d'influer sur les autres et d'entrer dans des stratégies d'acteurs* »⁴⁶ De même, les identités professionnelles sont des « *conceptions de soi au travail* »⁴⁷, qui font conjuguer l'identité personnelle avec les identifications collectives

Par analogie, l'identité d'une structure et plus encore d'un groupement se construit à partir d'éléments structurants, fondateurs et fédérateurs (Convention Constitutive et règlement intérieur, logo et nom du GHT par exemple), autour de partage de mêmes valeurs, de mêmes missions connues et reconnues de tous.

⁴⁶ DUBAR, C. Traite de sociologie du travail "Identités collectives et individuelles dans le champs professionnel". Bruxelles : De Boeck, 1994, pp.377-378

⁴⁷ Ibid pp.377-378

Après cette présentation conceptuelle, nous allons étayer notre travail par une approche ethnologique, sur le terrain en immersion.

2.2 Approche sur le terrain

2.2.1 Choix de l'outil

Pour mener à bien ce travail de recherche de fin d'étude, dans une démarche scientifique, nous avons établi une enquête exploratoire pour obtenir des éléments d'analyses. Nous avons, dans ce cas, choisi les outils correspondant aux méthodes qualitatives qui nous sont apparues les plus pertinentes. Il nous semble opportun de privilégier l'interactivité durant notre enquête.

En effet, une interactivité est primordiale pour que nous puissions intervenir, reformuler, marquer l'intérêt que nous portons à la personne interviewée pour créer un climat de confiance propice aux échanges. C'est pourquoi, nous avons mené des entretiens semi directifs pour mieux guider et cadrer notre exploration (Annexes I et II). Par ailleurs, après chaque échange, nous avons proposé une synthèse de l'entretien.

2.2.2 Choix de l'environnement territorial

Notre travail de recherche s'est restreint à deux GHT implantés chacun dans une zone géographique semi-rurale regroupant des établissements MCO, SSR, EHPAD et EPSM. Le GHT 1 était localisé au cœur d'un bassin populationnel de 220 000 habitants. De plus, il regroupait, 6 établissements publics de santé autour d'une convention constitutive signée en 2016 et d'un projet médical partagé 2017-2021. L'offre de soins territoriale reposait sur la base de 1 517 lits, 91 places avec un effectif de 169 Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin et de 2349 ETP de personnel non médical (PNM), dont 1 660 soignants. De même, le GHT1 s'étendait sur 3 départements et son établissement support était associé à un grand CHU distant de 30 km.

Le GHT 2 réunissait quant à lui, 8 établissements parties dont l'établissement support 2.1 desservait une population de 310 000 habitants, 2 640 lits et places avec plus de 3426 salariés. La politique de partenariat entre établissements était ancienne puisque 4 des 8 établissements de santé parties étaient déjà réunis au sein d'une des premières CHT de France démarrée en 2010. Le GHT 2 né en 2016 couvrait 2 départements et son établissement support était associé à un grand CHU distant de 44 km.

Vous trouverez en annexe un tableau descriptif des 2 GHT (annexe VI).

2.2.3 Choix de la population

Nous avons souhaité recueillir les témoignages des Directeurs Coordinateurs Général de soins, cadres supérieurs et cadres de santé qui exercent dans des Centres Hospitaliers de GHT dont l'établissement support n'est pas un CHU. En effet, il nous paraissait essentiel

de nous entretenir avec les professionnels qui puissent nous apporter leur éclairage sur notre question de départ. Nous avons donc, après accords des établissements et des Directions, pu nous entretenir avec trois DCGS, 6 CSS dont une adjointe à la DS et 3 CS. Ainsi, nous avons mené 12 entretiens semi-directifs répartis sur 4 établissements publics de santé (dont deux étant en Direction commune) répartis sur les 2 GHT.

Nous avons testé notre outil d'entretien auprès de 3 de nos collègues de promotion. Cela nous a permis de percevoir les différents degrés de compréhension des questions, ainsi que la qualité des éléments recueillis. Nous avons donc pu retravailler la grille d'entretien, l'approfondir, l'étayer pour les 12 entretiens suivants.

2.2.4 Déroutement et limites des entretiens

Profitant du stage 2, nous avons convenu des rendez-vous non seulement sur le site de stage mais également dans les autres établissements de la région. Cela s'est révélé être une réelle difficulté compte tenu du contexte épidémique avec des contraintes de distanciation, sans oublier les disponibilités relatives de chacun (activités, gestion de crise sanitaire). Toutefois, malgré une répartition des rendez-vous sur une période de cinq semaines, nous avons pu les réaliser en présentiel et en distanciel par échanges téléphoniques, visio-conférence. Nous avons mené, au plus favorable, notre entretien dans un bureau au calme. En revanche, au moins favorable l'entretien a été réalisé par téléphone ou par visio avec des interruptions régulières durant les échanges. Nous retiendrons le point commun d'avoir été constamment dérangé par les collaborateurs (Collègues Directeurs, CSS et CS). Rétrospectivement, nos enregistrements ont pu témoigner des multiples coupures rencontrées qui ont fortement gêné la fluidité de l'entretien imposant de nombreuses reprises. De même, cela a augmenté, voire doublé le temps initialement prévu pour les entretiens, atteignant 2h30. De plus, deux CGS ont dus accélérer et abrégé l'entretien afin de pouvoir se libérer pour répondre aux situations. Par conséquent, aucune homogénéisation des conditions d'interview, n'a pu être observée. Ces éléments de contexte apportent indirectement des informations sur la place du CGS dans l'établissement, au sein du GHT, dans un contexte somme toute, très singulier. En effet, le fait d'être si souvent interpellé, montre la place, l'engagement et la participation importante du DCGS dans les organisations, les actions et les décisions.

2.2.5 Analyses des entretiens

A) Analyse thématique :

Après avoir procédé à l'écoute et la retranscription des enregistrements, nous avons dégagé les thèmes récurrents (Annexe III et IV), communs qui nous ont guidé dans notre analyse (Annexes V). Ainsi notre analyse s'est réalisée autour de 2 thèmes principaux : l'appartenance et le leadership.

Pour se faire, nous avons utilisé la méthode⁴⁸ décrite par M. Cros et D. Dory reposant sur les principes suivants : « *Une fois organisées et comparées, les informations doivent être analysées en fonction de la problématique de l'enquête, ce qui est bien davantage que de présenter des faits juxtaposés, ou simplement de décrire des phénomènes sociaux* ».

B) Analyses :

a) *L'appartenance* :

Nous sommes tous des objets sociaux. Nous avons en effet un besoin vital d'être en relation avec les autres, pour exister et pour nous épanouir. Voyons ce que les entretiens nous ont révélé, sur les éléments d'appartenance.

Éléments factuels

L'appartenance liée au lieu d'exercice, à l'environnement, au contexte :

L'épidémie de SARS-Cov2, (Covid-19) a été effectivement un élément clef, spécifique et peut être révélateur, qui a influencé, voire même modifié les représentations des personnes interrogées. En effet, les 12 entretiens soulignaient le caractère « fédérateur » de la crise sanitaire, durant laquelle leurs établissements avaient fait preuves de solidarités en mettant en place des organisations, des moyens humains et matériels pour subvenir aux besoins des uns et des autres.

Pour autant, les réponses aux questions relatives au sentiment d'appartenance se distinguaient en fonction du grade.

En effet, les CS centraient leurs réponses sur leurs activités dans les domaines de la formation, des soins de suites réadaptation ou par leurs appartenances à un collectif cadre de l'établissement de santé. Ainsi, le premier sentiment d'appartenance exprimé par les CS, s'inscrivait sur leur site d'exercice : « *J'exerce dans le CH 2.2 !* » sans nommer le GHT. De même, deux des cadres avaient précisé que la fusion en Direction Commune avait contribué à créer une nouvelle appartenance bien qu'ils continuaient à parler de leur établissement avec son ancien nom. Ainsi, une des CS s'exprimait ainsi : « *J'ai un fort sentiment d'appartenance au collectif cadre du CH 2.2* » alors qu'elle dépendait du CH 2.1 en Direction Commune. Cet exemple illustre bien l'ancrage identitaire des professionnels dans leur établissement d'origine. D'autre part, une des cadres interrogées ayant également connu une restructuration sous forme d'une fusion d'établissements avec une Direction Commune, nous partageait que « *les équipes ont eu un sentiment d'appartenance au GHT sans l'impression d'être « mangé » par l'établissement support* ». Nous retenons que la formulation présage d'une crainte d'être « phagocyté », absorbé voire « digéré » (si

⁴⁸ CROS, M. &. (1996). Terrains de passage : Rites de jeunesse dans une province Française (éd. (Collection Dossiers sciences humaines et sociales)). Paris : Edition L'Harmattan, pp. 155-163

nous restons dans le champ lexical de l'interviewé) et de finalement voir disparaître symboliquement l'établissement d'origine.

Par ailleurs, les réponses des 3 CSS (GHT 2/CH 2.1, 2.2 et 2.3), dans le cadre de leurs missions transversales proposaient des réponses illustrant une appartenance territoriale avec des exemples très concrets comme « *l'élaboration du parcours de la personne âgée en traumatologie : lien entre le court séjour de CH 2.1, les services de médecine de CH 2.2 et 2.3 dans la perspective de limiter le passage au Service d'Accueil d'Urgences et la durée d'hospitalisation en chirurgie* ». De même, un autre CSS complétait ce témoignage avec une « *réflexion commune dans le regroupement d'établissements fusionnés sur les prescriptions médicales inversées* » ou autour de « *réflexion en groupe de travail toujours dans ce même regroupement d'établissements sur le thème « expérience patient* ». Ces deux extraits illustrent une considération plus stratégique et opérationnelle de l'appartenance, qui désormais s'inscrit dans un parcours, une filière et non plus dans un lieu géographique unique. L'appartenance n'est plus symboliquement représentée, incarnée par un bâtiment, un établissement mais dans une organisation, une méta structure.

Enfin les CGS (GHT1 et GHT 2) avaient commencé par citer leurs projets de soins comme éléments fédérateurs : « *nous disposons d'un projet de soins en lien avec le projet médical partagé* ». De plus, la CGS/GHT 1, soulignait le rôle important de la crise sanitaire dans la consolidation d'une même appartenance : « *depuis Janvier, les liens se sont renforcés avec le Covid entre les établissements parties qui demandaient à l'établissement support une forme de légitimité pour un certain nombre de décisions à prendre et de projets à conduire* ». Cet extrait illustre parfaitement le rôle de support et de recours rempli par l'établissement support, notamment en situation sanitaire compliquée avec un soutien tant logistique, fonctionnel opérationnel mais également stratégique. Par ailleurs la CGS/GHT1, complétait par « *Je coordonne la Commission des soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques et travaille en collaboration avec mes homologues des différents établissements parties* ». Cette dernière phrase, nous permet de compléter le soutien apporté par la CGS, en qualité de président de la CSIRMT de territoire, qui s'inscrit dans la collaboration et le travail en équipe avec ses homologues. Ici l'appartenance territoriale se traduit par un travail en équipe autour de mêmes missions et de multiples partages, qu'ils soient de projets, de décisions et de ressources humaines. D'ailleurs, la CGS (GHT2/CH 2.1) précisait que son collègue CGS (GHT2/CH 2.6) lui avait mis à disposition du personnel et des compétences spécifiques en santé mentale : « *D'ailleurs l'EPSM du GHT nous a partagé une IDE psy pour le centre de desserrement (centre d'accueil pour malades du covid-19 en grande précarité)* ». D'autre part, la CGS (GHT 1) rajoutait également le rôle fédérateur rempli par les autres Directions fonctionnelles. En effet, la CGS (GHT 2/CH 2.1) citait la Direction des Affaires Médicales, la Direction des Services Informatiques et

l'existence d'une Direction de GHT contribuait aux liens fonctionnels et organisationnels existants entre les différents établissements parties. La CGS (GHT2/CH2.1) précisait : « *La DRH nous a énormément aidé dans l'élaboration de contrats courts pour pouvoir recruter des IDE, AS et ASH. De même, le DSII a rapidement mis en place des supports informatiques et logiciels qui ont été très aidant dans les suivis des activités et les échanges entre les sites.* » Nous voyons bien l'importance de partager les mêmes outils de communications, les mêmes règles de fonctionnement et de gestions. Par ailleurs, la même CGS insistait également sur l'implication et le rôle fondamental du Directeur Général de l'établissement support qui avait impulsé une dynamique de rapprochement : « *Il y a une volonté très marquée, très forte de la Directrice Générale, pour que le GHT vive pleinement inscrit sur le territoire et soit reconnu en tant que tel. C'est sa marque de fabrique, le fait qu'elle soit très en lien avec les collègues des établissements parties, que l'ARS ait une vision très territoriale et qu'elle essaye de composer avec les personnes, de donner du sens auprès de l'ARS en tant qu'établissement support et de pouvoir projeter comment le territoire va progresser et évoluer. Forcément ces mouvements de Directeurs sur ces territoires qui ont des établissements suffisamment grands pour avoir des Directions Déléguées mais finalement pas assez grands pour être en autonomie complète, dessine un GHT un peu particulier.* » Nous pouvons comprendre à travers ces paroles, que le DG est un élément fort dans l'existence et/ou la construction d'une appartenance territoriale. Son engagement va conditionner et appuyer celui du CGS. Ainsi, la DG de l'établissement support avait construit son projet d'établissement dans une perspective territoriale notamment en inscrivant les fonctions des Directeurs des Affaires Médicales, des Systèmes d'Information et du GHT dans des missions, des fonctions territorialisées. De plus nous pouvons également comprendre que la Direction Commune rencontrée sur les deux GHT avec la collaboration des Directeurs délégués favorise l'intégration des établissements parties, contribuant ainsi à faciliter les partages et les échanges. Pour autant, le GHT ne disposant toujours pas de personnalité morale, peut également connaître des établissements parties qui ne s'inscrivent pas forcément dans cette dynamique. Ainsi, dans le GHT 1, le CGS reconnaissait que l'un des établissements parties, un EHPAD, bien qu'ayant créé une unité « Covid » ne s'était finalement pas impliqué dans la gestion des « lits Covid gériatriques », afin de préserver son établissement et ses résidents. En revanche, l'établissement support avait, quant à lui détaché une cadre de santé formatrice de son IFSI, pour venir en renfort d'encadrement sur l'EHPAD. De même l'établissement support avait également accueilli des résidents de cet EHPAD lorsque leur état de santé nécessitait une hospitalisation en MCO. Nous percevons déjà à travers ces quelques extraits, les différentes interprétations et déclinaisons de l'appartenance territoriale qui ne résonne pas forcément de la même manière en fonction des missions de chacun et de son

degré d'implication. De plus, nous relevons le fait que la mise en place de Direction Commune semble être un levier pour créer du lien.

L'appartenance se fait par le sens, la finalité du travail, de la tâche :

En effet, les 12 personnes interrogées abordaient l'appartenance à travers leurs activités, leurs missions donnant par là même une approche territoriale. Ainsi, les CS à travers leurs activités locales sur leurs sites, en transversalité pour le service de formation, ou missionné dans le déploiement du dossier patient informatisé, tous participaient directement ou indirectement au fonctionnement du GHT, à l'offre de soins sur le territoire. De même, l'encadrement supérieur s'inscrivait dans cette même dynamique avec la mise en œuvre d'organisations de soins selon le projet de soins initié par le DS, en cohérence avec le PMP et le projet d'établissement, eux-mêmes fidèles au Projet Régional de Santé (pendant de la Stratégie et du Plan National de santé). Nous voyons bien l'offre de soins comme dénominateur commun permettant une même appartenance. Aujourd'hui la prise en charge en soins ne peut reposer sur un seul établissement mais doit bien s'inscrire dans des parcours de soins. Ceux-ci sont stratégiquement défini par la Direction Générale, la CME et orchestrés par le Directeur des soins, pour être mis en œuvre par les encadrements supérieur, les cadres de santé avec les équipes médico-soignantes. L'épidémie de Covid-19 a très bien illustré et mis en exergue la réactivité dans l'urgence des différentes Directions, des cadres et des unités de soins dans les réorganisations de plusieurs services et les constructions de filières très spécifiques Covid. La situation sanitaire était aigüe et l'ensemble de l'encadrement avait su se mobiliser autour de mêmes missions car tous appartenaient à une même entité représentée par la Fonction Publique Hospitalière.

L'appartenance est générée par la représentation, la considération de chacun :

Comme cela a été étayé dans les entretiens avec les CS, CSS et CGS, ces derniers ont salué le travail réalisé par les équipes, les personnels ayant fait preuve de mobilités parfois hors des murs de leur établissement, étant déployés sur le GHT. Les trois CGS nous ont témoigné de l'aide apporté par leurs collègues des IFSI qui ont non seulement permis aux étudiants infirmiers de venir en renfort parfois sur des contrats d'AS, soit durant leurs stages EIDE. De même, ils ont salué l'aide apporté par les cadres formateurs qui se sont portés volontaire pour aider leurs collègues en gestion, sur les différents établissements parties notamment dans des EHPAD. De même, la CGS (GHT2/CH2.1) présidente de la CSIRMT de GHT, témoignait ainsi : *« Au niveau PNM, il y a eu une volonté de recentrage sur l'établissement support avec une approche GHT pour partager les CV (d'IDE et d'AS), pour essayer de s'auto alimenter (en personnel) notamment pour les établissements parties en difficultés. D'ailleurs l'EPSM du GHT nous a partagé une IDE psy pour le centre de*

desserrement (centre d'accueil pour malades du covid-19 en grande précarité, mais sans nécessité d'hospitalisation) relevant de notre établissement ». De même un CSS d'un établissement partie du GHT 2/CH2.2, avait mis en place un service de prélèvement pour soulager l'établissement support afin de pouvoir accueillir et prélever les personnels mais également la population locale. Par ailleurs des mutualisations et des mises à disposition de personnels avaient été réalisées entre les différents établissements, avec l'aide de la Directrice des Ressources Humaines qui, lors du bilan d'activité de Mai, annonçait avoir réalisé 95 contrats de travail pour honorer 33 ETP soignants. Ces expériences nous semblent avoir contribué à valoriser et à considérer le travail de tous, avec les implications des différents établissements, signes de partages d'expériences et de moyens, éléments fédérateurs, source d'appartenance et d'identité commune : « *ceux qui sont allés au front pour gérer la crise* » disait un cadre de santé GHT2/CH2.2. Nous pouvons considérer que la situation extrême, rencontrée durant le premier semestre 2020, a permis de mettre en lumière les liens forts existants entre les différents professionnels et le pilotage de ces « forces vives » par la Coordination Centrale des soins et de son équipe.

Éléments d'analyses

Nous pensons donc que les encadrants (CS et CSS) affichent une appartenance non seulement dans leurs équipes respectives, leurs pôles mais aussi dans une autre dimension matérialisée par les soins, le patient et l'Institution (l'Hôpital et/ou le GHT). D'ailleurs l'étude Princept d'Elton Mayo ⁴⁹ avait permis de déterminer la situation sociale dans laquelle étaient placés des participants à une expérience révélatrice d'un tissage de liens entre les ouvriers. L'expérience Covid-19, toutes mesures considérées, peut effectivement s'apparenter à l'étude citée. Ainsi, les cadres de santé et les cadres supérieurs sont rattachés par leur fonction, à une ou plusieurs structures (unité de soins, pôle, établissement). Les formations initiales, l'appartenance au même corps, au même grade, la connaissance et la reconnaissance des fonctions, l'existence de langage partagé, induisent un infléchissement socio-culturel qui va permettre de se reconnaître entre pairs et se distinguer des autres. De même les liens qui se sont tissés durant la crise sanitaire ont rapproché les encadrements, les Directions auprès des soignants, des médecins et des autres métiers techniques, administratifs opérant à l'hôpital. Tous ont partagé à différents niveaux, dans diverses actions un engagement et un investissement pour le collectif qui contribue à un sentiment d'appartenance, voire l'émergence d'une nouvelle identité commune pour ceux qui « *y étaient* ».

De plus l'organisation des soins autour et pour le patient apparait comme l'invariant dans le processus d'appartenance à un collectif. Ainsi à travers les propos recueillis auprès des

⁴⁹ MAYO, E. The Human Problems of an Industrialised Civilization The early sociology of management and organizations. New York, USA : Macmillan, 1933

cadres de santé nous pouvons considérer qu'ils se sentent appartenir avant tout à un hôpital (ce qui est juridiquement une réalité) mais également qu'ils s'inscrivent dans l'appartenance à une entité plus grande que représente le territoire.

De plus, par extension la notion d'appartenance est liée au concept de groupe. Ainsi en s'inspirant de ce qu'Aristote écrivait : « *La totalité est plus que la somme des parties* »⁵⁰, nous pouvons également transposer au fait qu'un groupe n'est jamais la simple somme des individus ou des éléments qui le compose.

Par conséquent nous avons retrouvé cette dimension d'interactivité entre les individus ou les structures par le travail collectif, collaboratif qui permet la satisfaction personnelle, la pérennité des tâches et le maintien ou la création des organisations comme ce fut le cas durant la première période Covid-19. Nous avons également noté durant les entretiens, combien l'imprégnation culturelle s'exprimait par un fort ancrage dans l'établissement en faisant référence à celui-ci et non à la supra structure qu'est le GHT. Ainsi tous les CS parlent au nom de l'Hôpital et non en celui du GHT. Les règles, les normes et les modèles qui font appartenances à tel ou tel établissement, peuvent créer de la différence et de la distinction. De plus les distinctions peuvent se retrouver également à travers les différentes missions, les multiples activités que chaque établissement propose et assure au sein même du GHT. D'ailleurs les établissements ayant fusionnés, se sont vu attribuer ou retirer certaines activités auxquelles parfois ils étaient très attachés dans le cadre de restructurations nécessaires pour le CH mais également pour le GHT. Ainsi dans ces contextes particuliers, il est parfois difficile de retrouver sa place, son appartenance à un groupe quand celui-ci vous a modifié ce qui faisait votre identité (l'Histoire, la Culture, les activités). Parfois certains CH nommés avant hôpitaux locaux à vocation MCO sont devenus des SSR ou des établissements de gériatrie long séjours, comme ceux rencontrés dans notre panel de recherche. Ainsi une CS exprimait le sentiment formulé par les équipes comme ayant été « *dépossédées* » de certaines de leurs missions antérieures et ce malgré les nombreuses années déjà passées depuis la restructuration et la fusion. Ainsi, le personnel de ces établissements entretient une forme de nostalgie, de Culture du passé par le souvenir de ce qu'ils étaient avant, en termes d'offres de soins, d'activités, de dimension et de personnels, nécessaire à leur identité. Parfois cela revête même une connotation de qualité et de « *marque de fabrique* » : « *j'ai fait toute ma carrière de soignante puis de cadre dans l'hôpital 2.2* » « *cela me permet d'avoir une certaine légitimité de mes équipes car nous partageons les mêmes souvenirs de l'hôpital avant sa fusion.* ». C'est pourquoi la différence de niveau de prise en charge ainsi que les missions qui leurs sont attribuées, influencent le degré d'appartenance. De plus cela peut être difficile pour les établissements parties de percevoir leur importance, puisqu'ils ne s'inscrivent pas forcément en première ligne dans la prise en charge des patients. Néanmoins, leurs

⁵⁰ Aristote ; La Métaphysique - IVe s. av. J.-C.

activités inscrites dans des parcours et des filières contribuent activement à une prise en charge adaptée et de qualité. En effet, la notion de groupe ou d'équipe pour une prise en charge, désormais va au de-là de l'enceinte de l'établissement et se configure dorénavant sur le territoire. C'est par cette acceptation, que l'appartenance peut se réaliser et se matérialiser. Devillard, O. signifie que « *l'équipe n'est pas une négation de l'individu mais constitue pour lui un espace de réalisation plus large.* »⁵¹ Il pose ainsi le problème de l'appartenance qui a ses limites. « *Jusqu'où, un individu accepte-t-il de se fondre dans un groupe sans craindre de s'y perdre ou de devenir anonyme ? La réponse est simple et paradoxale : il s'intègre à condition de rester différencié.* »⁵²

Dans cette approche de l'équipe, « *on accepte les obligations consécutives à l'appartenance d'autant plus aisément que la différenciation de soi par rapport aux autres y est préservée.* »⁵³

Ainsi, « *pour se hisser à un niveau d'efficacité collective, l'équipe doit permettre que s'articule à la fois les individus entre eux et la reconnaissance de chacun personnellement : un équipier qui se croit un pion parmi d'autres ne cherche jamais à se dépasser* »⁵⁴. Par conséquent, les différents établissements, les différentes équipes d'encadrement et soignantes peuvent trouver pleinement leur appartenance au GHT par le sens donné à leurs actions.

Nous terminerons ce chapitre par le rôle joué par le CGS pour créer et entretenir une appartenance. En effet, à travers le fond mais aussi la forme des discours tenus et des actions menées, nous pouvons percevoir l'implication des CGS et de leurs équipes.

Ainsi, les CGS employaient un adjectif possessif pour signifier l'appropriation qu'ils avaient de leurs équipes : « *mon équipe de CSS* », dans « *notre GHT* », dans « *mon CH* ». Les adjectifs possessifs « *mon* » et « *notre* » avaient d'ailleurs été prononcé 6 fois pour désigner l'équipe, 3 fois pour le GHT et à chaque fois pour le CH, durant les 3 entretiens avec les CGS. Le fait de personnaliser, de s'approprier, de créer une entité, illustre le souhait d'appartenir à ces entités qu'elles soient humaines, géographiques ou organisationnelles. Nous pouvons considérer le « *mon* » et le « *notre* » sous deux aspects avec le premier relevant de la possession et le second l'appartenance avec la notion de réciprocité. Cette personnalisation est accentuée par le fait que les CGS dirigent les personnels paramédicaux dont ils sont également issus mais aussi par leur implication personnelle et professionnelle en tant que leader.

De fait, nous identifions dans le contenu de leurs réponses, un discours bienveillant et d'ouverture, de partages avec les équipes d'encadrement, propice à la collaboration et l'appui, le soutien dans un climat de confiance reposant sur la cohérence du positionnement

⁵¹ Devillard, O. La dynamique des équipes. Paris : Editions d'Organisation, 2000.

⁵² Ibid

⁵³ Ibid

⁵⁴ Ibid

du CGS. Ainsi Boucher, L.-P. et Morose, J. écrivent que « *Le sentiment d'appartenance, c'est ce que ressent un individu concernant son appartenance à un groupe, à une organisation ou à une institution. Le fait de se sentir bien chez soi ou à l'école, le fait de se sentir utile au groupe et solidaire des autres constitue des indicateurs du sentiment d'appartenance d'une personne. Plus un individu a un fort sentiment d'appartenance à un groupe, plus il a tendance à adopter les valeurs, les normes et les règles de conduite de ce groupe* ». ⁵⁵

Le fait que le CGS pilote l'équipe d'encadrement auquel il a un ancrage culturel, professionnel semble faciliter et favoriser la réciprocité. L'équipe d'encadrement se reconnaît dans le CGS de même origine professionnelle par la nature des valeurs, des codes, du langage, partagés et communs. Au fil des entretiens, nous avons remarqué l'implication du CGS, souvent cité comme élément moteur et fédérateur d'une ou plusieurs équipes en faisant preuve de leadership empreint d'une Culture d'Entreprise. Aussi, nous souhaitons apporter un complément conceptuel que nous étayerons par des exemples extraits des entretiens.

L'organisation du travail en secteur hospitalier repose sur le travail en équipe permettant d'assurer la continuité des soins 24 heures sur 24 et 365 jours sur 365. Toutes les personnes interrogées nous avaient d'ailleurs décliné leurs effectifs en fonction de leur périmètre de responsabilité (unité de soins, pôle, établissement, GHT). De plus nous notons plusieurs variables que sont la dimension des effectifs (combien d'ETP), la nature des professionnels (IDE, IADE, IBODE, AS, Kiné, ergo etc..) mais également leur localisation (parfois le personnel exerçait à distance dans un autre établissement avec un management à distance). Par conséquent ces éléments contextuels conditionnaient la perception, la représentation de l'équipe et de sa gestion. Un cadre de santé interviewé responsable du service formation gérait 3 agents (1 AAH, 1 adjointe au cadre, 1 AS) dans le même bureau, alors que sa collègue encadrait une vingtaine d'agents. De même, les CSS et les CGS pilotaient également des équipes pluriprofessionnelles réparties sur différents pôles et établissements avec des volumes très différents en fonction des dimensionnements. Pour autant, chacun à son niveau, assurait un management et un pilotage plus ou moins en proximité afin de maintenir, d'entretenir le collectif et le travail en collaboration. La distance et la distanciation imposée durant l'épidémie de Covid-19 avaient quant à elles, modifié ces dynamiques de groupes en incluant des personnes extérieures venues renforcer les effectifs, d'imposer de nouveaux modes de communication via les nouvelles technologies d'information et de communication par des visio-conférences (skype™, zoom™, microsoft team™ etc...), la mise en place du télétravail. Tous avaient dû s'adapter à ces nouvelles

⁵⁵Boucher, L.-P. &. Responsabilité et appartenance : la dynamique d'un projet éducatif. Revue des sciences de l'éducation, Volume 16, 1990, pp. 415-431

contraintes qui éprouvaient les organisations, les liens groupaux existant depuis l'unité de soins jusqu'au GHT.

Ainsi, l'équipe en tant qu'entité malgré sa construction à partir de recrutements, peut comporter une part de hasard dans son fonctionnement. Ainsi, nous ne pouvons réduire l'équipe au simple regroupement d'un ensemble de personnes sans synergie. Le dictionnaire de la langue française, présente l'équipe comme un groupe de personnes ayant le même but, ou devant accomplir un travail commun.

Dans cette proposition de définition, nous retenons le même but et le travail à accomplir communément. « *Une équipe est une force dynamique, vivante et en mouvement sur laquelle se greffent des personnes pour accomplir une tâche. Les membres d'une équipe déterminent en commun leurs objectifs, émettent des idées, prennent des décisions et œuvrent collectivement* »⁵⁶.

Sous l'angle sociologique, la notion d'équipe peut être définie par l'existence d'un "*groupe relativement restreint d'individus unis pour réaliser un objectif commun*". L'équipe selon Mucchielli R. se définit comme un : « *Petit groupe coopératif, motivé pour une tâche commune, solidaire, caractérisé par l'unité, la cohésion et l'esprit d'équipe* »⁵⁷

Par conséquent, pour fonctionner les établissements de santé se structurent autour de diverses équipes qu'elles soient de Direction, de Pôles ou d'unités de soins, administratives, logistiques etc... La mise en place des GHT a également modifié les pilotages des établissements de santé comme nous l'avons déjà développé. D'ailleurs, comme présenté dans le paragraphe 1.2.1, la place du CGS, est à la fois stratégique, politique et opérationnelle sur le territoire soit en qualité de président de la CSIRMT de territoire ou de l'établissement partie. Dans les deux situations, il porte et décline un projet de soins qui contribue à améliorer la qualité et la sécurité des soins offerts sur le territoire pour la population, par des parcours et des filières de soins adaptés et construits avec la participation et la contribution de tous les établissements parties. En effet, il dirige l'ensemble des effectifs infirmiers, médico-techniques et rééducateurs d'un établissement ou d'un Centre Hospitalier. Pour cela le DCGS travaille en étroite collaboration avec ses équipes d'encadrements (CSS et CS) notamment sur la base d'un projet de soins, ou projet médico-soignant. Il est donc important qu'une relation de confiance réciproque existe, apportant de la cohérence et de la cohésion au sein de l'équipe.

C'est pourquoi les CGS soulignaient dans les entretiens, la nécessité de créer du lien et du liant, d'autant plus important dans des territoires où les établissements étaient éloignés de 30 à 40 km les uns des autres (Cf. Annexe V). De plus les CSS avaient également complété en citant comme exemple « *le pilotage et le déploiement d'un système d'information partagé avec la mise en place du dossier patient partagé sur le territoire porté par le CGS* »

⁵⁶ HELLER, R. Diriger une équipe. Londres, Royaume Uni : Dorling Kindersley, 1998 p.6

⁵⁷ MUCCHIELLI, R. Le travail en équipe. Editions ESF, 1980, p. 102

« elle impulse le travail collectif GHT ». Ce travail collectif est réalisé à travers « des groupes de travail » relatifs à diverses thématiques (« détermination des effectifs minimum de grève », CSIRMT, réunion de Direction des Soins) entre CSS et CGS.

Par ailleurs, notre expérience antérieure nous a montré combien parfois cela pouvait être difficile d'intégrer une nouvelle équipe, soit en tant que membre, soit également et surtout en tant que dirigeant, manager. En effet, rejoindre une équipe déjà constituée est conditionné par son accueil et sa disposition à vous accepter comme membre. Certes les compétences attendues jouent un rôle important mais le positionnement du nouveau reste un élément fort. Ainsi cela introduit deux nouvelles notions : le leadership et la Culture qu'il nous faut maintenant étayer et rapprocher des entretiens.

Ainsi, le leadership est un terme emprunté à l'anglais. Il définit la capacité d'un individu à mener ou conduire d'autres individus ou organisations dans le but d'atteindre certains objectifs. Nous pouvons donc définir le leader comme quelqu'un capable de guider, d'influencer et d'inspirer.

Le leader est différent d'un gestionnaire ou d'un décideur, qui a des capacités pour administrer, sans pour autant « mener » un groupe, une organisation à un autre stade de son développement. Pour autant un bon gestionnaire peut s'avérer être également un leader, sans impliquer une relation de causalité entre les deux qualités. Nous distinguerons également leadership public du leadership privé, ce dernier étant orienté vers l'entreprise, bien qu'aujourd'hui de plus en plus l'esprit et la Culture d'entreprise trouvent leurs places dans le public mais dans une déclinaison un peu différente, non orientée vers le profit mais vers le bénéfice pour le collectif. Nous aborderons plus loin la Culture d'entreprise.

Ainsi, au fil du temps le leadership a pu voir évoluer et étendre ses champs d'action autant que se sont multipliés les qualités qui le définissent. Ainsi le leadership autrefois était associé à la personnalité du leader, particulièrement à son charisme. Aujourd'hui beaucoup d'études suggèrent l'apprentissage de cette capacité, fruit de l'expérience, notamment au décours de contextes spécifiques. Nous retenons parmi les compétences ou les qualités du leader : la vision, la stratégie, la persuasion, la communication, la confiance et l'éthique, qui sont entre autres, celles particulièrement requises d'un Directeur des Soins.⁵⁸⁵⁹ D'ailleurs ces éléments apparaissent finalement dans l'analyse des entretiens des CGS qui dans le fond et la forme du discours et des projets portés témoignent de ce leadership qui galvanise leurs équipes. Ainsi, dans les différentes conduites de projet menées et citées lors des entretiens (« mise en place d'un SIH pour le déploiement du dossier patient informatisé, le projet de construction d'un nouveau bâtiment dédié aux consultations externes dans un contexte épidémique »), la force de conviction, de persuasion, nourris par des modes de communications adaptés par visio-conférences, télétravail, illustrent les

⁵⁸ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière mis à jour le 16 mai 2020

⁵⁹ https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf

qualités managériales de leader du CGS. Ce sont ces éléments qui fédèrent et rapprochent les différents acteurs autour d'un projet, d'actions et d'objectifs.

De plus au fil des entretiens nous avons vu émerger des éléments de langage évoquant les concepts de Culture et de Culture d'entreprise que nous proposons d'aborder maintenant. La Culture selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, se définit comme l'ensemble des travaux qui servent à rendre la terre plus fertile et à améliorer ses productions. De même il se dit figurément de l'application qu'on met à perfectionner les sciences, les arts, à développer les facultés intellectuelles. Ainsi, parle-t-on de la culture de l'esprit, de l'intelligence. Par extension, la Culture générale représente l'ensemble de connaissances générales sur la littérature, l'histoire, la philosophie, les sciences et les arts, que doivent posséder, au sortir de l'adolescence, tous ceux qui forment l'élite de la nation, requise notamment pour accéder aux grandes écoles. Enfin ces deux derniers sens de Culture renvoient souvent à la notion de Civilisation.

De leurs côtés les anthropologues apportent d'autres éclairages dans leur définition de la Culture. Ainsi, Linton R., la définit comme : « *la configuration des comportements appris et de leurs résultats dont les éléments composants sont partagés et transmis par les membres d'une société donnée* »⁶⁰

Quant à Tylor E. B., il rajoute qu'elle est un : « *tout complexe qui inclut la connaissance, la croyance, l'art, la morale, le droit, la coutume, et toutes les autres capacités et habitudes acquises par l'homme comme membre de la société* »⁶¹.

Dans cette acception, nous pouvons considérer l'existence d'une culture Hospitalière construite autour de valeurs, de connaissances, de pratiques, d'histoires partagées, qui réunit l'ensemble des professionnels de la Fonction Publiques Hospitalières (Administratifs, Logistiques, Médicaux, Paramédicaux, Médico-Techniques, etc.... soit près de 201 métiers différents selon le répertoire officiel de la FPH⁶²). Ainsi quelle que soit la personne interrogée sur son métier, celle-ci répondra travailler à l'Hôpital. Cet exemple illustre l'appartenance et l'ancrage fort, à son métier et à l'Institution : « *je suis cadre de santé dans l'hôpital 2.2, 2.1, 1.2 etc....* », « *je suis CSS dans l'hôpital 2.1...* » et « *je suis le CGS des hôpitaux 2.1, 2.2 du GHT 2* ». Nous pourrions également l'apparenter et la rapprocher à une certaine forme de Culture d'Entreprise.

Ainsi la Culture d'entreprise, regroupe deux acceptions : la Culture et l'Entreprise pour lesquelles leur association a été décriée et considérée comme inappropriée au secteur hospitalier.

L'entreprise, du latin « *inter prehendere* », « saisir avec ses mains », est une communauté de personnes dévolue à la production de biens. Or la santé représente le bien le plus

⁶⁰ LINTON R., « Le fondement culturel de la personnalité », Bordas, Paris, 1977, p 32

⁶¹ Cité dans LABORDE D., « Éditorial », Socio-anthropologie [En ligne], 8 | 2000, mis en ligne le 15 janvier 2003, consulté le 19 septembre 2019. URL : <http://socio-anthropologie.revues.org/116>

⁶² <http://metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=metiers>

précieux pour tous, qui par essence, ne peut être acheté. Or l'Hôpital, l'établissement de santé aujourd'hui se doit, à l'instar d'une entreprise, de s'inscrire dans une dynamique de production, de performance et de résultats pas seulement sollicités par notre tutelle mais également par la société. Aujourd'hui l'utilisateur est en droit d'obtenir et de demander des soins de qualité, en toute sécurité et quel que soit le lieu où il réside en France.

Pour autant, les deux substantifs : entreprise et hôpital qui devraient finalement naturellement s'apparier, sonnent comme une injure aux oreilles de nombreux agents, Directeurs et médecins de la Fonction Publique Hospitalière, car cela véhicule une connotation « privée » et « productiviste ».

En revanche, la Culture d'Entreprise également appelée Culture organisationnelle, quant à elle, désigne l'ensemble des différentes caractéristiques et composantes qui permettent d'expliquer le fonctionnement d'une entreprise par rapport à d'autres. Ainsi, chaque entreprise se distingue par sa Culture qui repose sur plusieurs fondamentaux partagés par l'ensemble des collaborateurs sous formes de valeurs, de mythes, de rites et de tabous communs. D'ailleurs nous pouvons également rapprocher ces éléments à ceux qui font l'appartenance au groupe. Ainsi Thevenet M., complète la notion de Culture d'Entreprise par « *un ensemble de références partagées dans l'organisation, construites tout au long de son histoire en réponse aux problèmes rencontrés dans l'entreprise* »⁶³.

Par ailleurs, la Culture d'Entreprise est incarnée par le passé, l'histoire de l'entreprise et par la personnalité de ses dirigeants ainsi que la culture professionnelle des employés. Ici encore, la personnalité et donc le leadership du dirigeant conditionne et colore la Culture d'Entreprise et de facto l'adhésion, l'appartenance de ses agents.

En outre la Culture d'Entreprise est un moyen de se différencier, mais aussi de fédérer les intervenants, par l'amélioration de la communication entre ses membres qui peuvent avoir des visions différentes, comme l'illustre Bournois F.⁶⁴ et Roussillon S.⁶⁵. Dès lors la Culture d'Entreprise correspond à « *un cadre de pensée, à un système de valeurs et des règles qui sont partagées par l'ensemble des acteurs de l'entreprise* »⁶⁶. Ainsi, elle représente un univers où les professionnels de l'entreprise communiquent, se reconnaissent par ce qui les unit et/ou les distingue des autres groupes de professionnels. Cette Culture d'Entreprise repose sur des valeurs fortes telles que le respect, le travail en équipe, la confiance mutuelle, réellement et authentiquement vécues au quotidien par tous, dans toute la hiérarchie, au travers de nouveaux comportements.

Aujourd'hui cette Culture d'Entreprise bien que non affichée, transparait dans les modalités managériales actuelles. Nous avons vu apparaître au fil de notre carrière les créations de

⁶³ THEVENET M., « La culture d'entreprise », PUF, 7ème édition, 2015, p44

⁶⁴ BOURNOIS Franck, Directeur général de l'ESCP Business School

⁶⁵ ROUSSILLON Sylvie, docteur en psychologie, professeur en leadership et développement personnel à EM Lyon et professeur associé à l'université Lyon III

⁶⁶ BOURNOIS F. et S ROUSSILLON S., « Préparer les dirigeants de demain », Editions d'Organisation, 1998

logos pour les établissements de santé et les GHT, l'apparition de modalités de communication vers l'intérieur avec les messageries internet, vers l'extérieur via les réseaux sociaux, la publication, la parution et la diffusion chaque année du classement national des établissements de santé selon différents critères. Ces exemples illustrent tout à fait cette nouvelle Culture Hospitalière qui aujourd'hui dépasse la simple réalisation des soins selon des pratiques, des habitudes, des valeurs mettant désormais en avant, une marque de qualité, de sécurité, d'innovation voire de performance, jouant la concurrence avec le secteur privé.

Néanmoins, nous pouvons également percevoir la persistance d'une forme de concurrence en interne, étayé par le témoignage recueilli lors des entretiens avec les CSS. En effet, ces derniers ont évoqué l'existence et la persistance parfois de différences notamment « *dans la construction de protocole et de procédures indépendants de ceux existant* » avec « *le maintien de certaines activités...* » dans des établissements parties. Par ailleurs, un CSS avait rajouté que : « *le personnel se dit être avant tout du CH 2.2 et non du CH 2.1* » qui assurait la Direction commune aux deux établissements. Pour autant, à travers les filières et les parcours existants, les deux établissements fonctionnaient ensemble, en se soutenant et s'entraïdant particulièrement durant l'épidémie. Pour cela, la CGS 2/CH2.1 s'était déplacée régulièrement sur les différents sites, pour communiquer avec ses relais CSS et CS afin d'assurer et d'assumer une présence permanente, malgré la distance et le contexte. De plus, pour contribuer à cette Culture d'Entreprise, le CH en Direction Commune tout comme les autres établissements de santé arboraient chacun un logo distinct qui les identifiait et signait une appartenance institutionnelle et/ou territoriale. Ces logos apparaissaient non seulement sur les sites internet des deux GHT, mais également au bas des signatures des courriels.

La Culture d'Entreprise crée par conséquent un « dedans » et un « dehors » où les professionnels intégrés font partie d'un groupe, d'une communauté, d'une appartenance au sein d'une même structure tout en les distinguant de l'extérieur, de l'Autre.

Ainsi nous ajoutons la notion d'acculturation, étayée par Jaques E.⁶⁷ qui définit la Culture d'Entreprise comme « *le mode de pensée et d'action habituel et traditionnel, plus ou moins partagé par tous les membres, qui doit être appris par chaque nouvel arrivant pour être accepté dans l'entreprise* »⁶⁸). C'est ainsi, qu'à chaque nouveau stage, nous avons été reçu et accueilli par le CGS puis le DG qui tous deux nous avaient présenté leurs établissements, la genèse du GHT, la position géographique sur le territoire, le bassin populationnel, les disciplines, les effectifs pour ensuite nous procurer un badge nominatif

⁶⁷ JACQUES E. est un psychologue canadien qui a introduit sous le nom de socioanalyse la psychanalyse dans l'étude des entreprises. Il est le père du concept de Requisite Organization et mis en évidence le degré d'autonomie

⁶⁸ MOUSLI M., « La culture d'entreprise : essentielle mais délicate à manier », Alternatives économiques, hors-série 79, 1er trimestre 2009

avec le tour de cou aux couleurs de l'établissement. De même, nous avons dû signer et accepter la charte graphique, nous permettant durant la période du stage, d'utiliser la messagerie intranet et la signature avec les logos. Nous pouvons considérer ces deux gestes comme une modalité d'intégration dans une équipe de Direction et un territoire de santé.

Eu égard aux éléments conceptuels, contextuels et analysés, nous proposons des préconisations stratégiques, politiques et opérationnelles pour notre prise de fonction prochaine.

3 Préconisations : Un modèle de construction d'appartenance territoriale comme levier de pilotage pour le DS/CGS

Nous présenterons cinq préconisations construites dans la continuité de notre travail de recherche, objectivant les freins et les limites identifiés, ainsi que le rôle des différents acteurs, qui, par leur positionnement contribuent à l'émergence d'une appartenance territoriale et d'une culture commune.

Nous ferons un focus particulier sur le rôle clef du Directeur des Soins, afin de nous projeter dans notre prise de poste de CGS de Centres Hospitaliers MCO en Direction Commune, d'un EHPAD dans un GHT en milieu rural.

Notre volonté est de nous munir d'outils participant à la réussite de ce projet d'appartenance territoriale multisite et pluriprofessionnelle pour plus de coopération. Nous identifierons pour se faire, les points de vigilance sur lesquels nous devons porter une attention particulière. Ainsi, nous reprenons chronologiquement les différents processus favorisant l'appartenance en identifiant les différentes étapes.

3.1 L'émergence d'un climat de confiance par le partage de mêmes valeurs

Durant nos entretiens, nous avons retenu que les Directions Communes se développent de plus en plus au sein des territoires en regroupant des établissements sanitaires et médico-sociaux. Les professionnels comme nous l'avons vu ont une perception très disparate de l'appartenance reposant sur leur Culture, leur Histoire, leur ancrage géographique.

Ainsi, il nous semble important d'établir des relations fondées sur les échanges et les partages, notamment à partir de l'identification de ce qui nous rapproche et nous distingue aussi. De même il est primordial de savoir entendre et écouter les spécificités de l'Autre, ses besoins et ses attentes. Ainsi, s'inscrire dans une démarche d'apprentissage pour connaître nos collaborateurs (collègues Directeurs, DS, CSS, CS), requière de le reconnaître auparavant pour ses valeurs, son histoire, sa culture mais aussi par ses

compétences, ses apports, ses ressources qui leur confèrent un rôle important au sein de la communauté, du Groupement.

C'est donc la rencontre d'hommes et de femmes dans un contexte de travail coopératif sanitaire et médico-social qui repose également sur l'établissement et l'entretien d'un climat de confiance réciproque. La confiance ne se décrète pas, mais se mérite, se construit et s'entretient.

Par ailleurs, notre travail de recherche à travers nos entretiens, a démontré que la confiance est renforcée dès lors que les collaborateurs (CSS/CS) gagnent en autonomie et en responsabilités. Cela repose également sur le pilotage du DS, CGS qui organisent et pilotent des rencontres régulières avec ses collaborateurs pour suivre l'avancée des missions, des objectifs. Pour autant, cette dynamique repose sur l'investissement et la volonté de chacun, par conséquent d'un engagement collectif.

Ainsi, la volonté de porter et de construire une appartenance territoriale avec des coopérations effectives, certes portés par le DS, le CGS et ses équipes, repose sur un acteur essentiel représenté par la Direction Générale. En effet, comme souligné durant les entretiens, une politique managériale fondée sur les principes de la délégation et de coopération dynamique rassurent les collègues Directeurs, les collaborateurs (CSS et CS), ces derniers devenant connus et reconnus dans leurs actions et missions.

De même, ce processus d'appartenance doit également se retrouver au sein même de l'équipe de Direction et dans les relations avec les autres équipes de Direction d'établissements et ce par exemple, à travers des missions confiées au DS, au CGS.

En effet, il nous semble important et pertinent que le DS ou le CGS se rapproche de ses collègues, homologues afin de construire et développer des liens fonctionnels et organisationnels pouvant aboutir à des partenariats. Ainsi les DG et Directeur d'Etablissements sont des interlocuteurs incontournables des DS ou des CGS. Différentes instances représentent des rendez-vous formels d'échanges (CoStrat, CoDir, Directoire). C'est ainsi l'occasion pour les différents acteurs de pouvoir partager, échanger dans un lieu où chacun occupe une place dans l'organisation. De même, lors de la CSIRMT de territoire qui réunit les cadres référents des différents établissements rattachés au GHT, d'échanger avec chacun. A ce niveau, bien évidemment, nous devons établir et entretenir un climat de confiance et de bienveillance auprès des professionnels de santé, notamment pour lutter contre les préjugés selon lesquels l'établissement support se substituerait aux établissements parties.

C'est par cette démarche que le DS et le CGS pourront œuvrer pour renforcer le sentiment de proximité, d'appartenance, de reconnaissance, également de prise en compte des singularités, sources de complémentarité pour le bénéfice de l'utilisateur. Nous l'avons d'ailleurs signifié plus haut, le soin apporté à l'utilisateur, reste le dénominateur commun, source de fédération et d'appartenance.

Nous retenons pour notre pratique prochaine, le dispositif de formation commun au sein du GHT, avec la mise en place d'un CS responsable formation. Les sessions de formations partagées réunissant les différents professionnels des établissements parties, représenteront de réels lieux d'échanges et d'interactions favorables aux rapprochements et à l'émergence de nouveaux liens et de réseaux professionnels.

Cette étape participe à l'ébauche d'un climat de confiance qui succède à la connaissance et reconnaissance de chacun. La phase suivante se déclinera par la structuration de cette nouvelle entité en termes d'appartenance.

3.2 La participation à des travaux fédérateurs

Comme nous l'avons identifié au décours de notre recherche, le rapprochement d'établissements sanitaires, médico-sociaux et de santé mentale laisse apparaître les multiples cultures, les différentes pratiques, les diverses appartenances et identités singulières et historiques.

Notre travail de recherche, par ses lectures et les recueils de données, a établi que les relations et les interactions, les échanges, les partages facilitent l'émergence et l'apparition d'une nouvelle culture commune. D'ailleurs l'expérience de l'épidémie de SARS Cov-2 a permis de créer, voire de renforcer des liens entre les établissements par des partages de personnels, les mises en place de parcours de prise en charge inter établissements, les créations de protocole et de procédures partagées.

Ce formidable élan de solidarité et d'entraide évoque ici une Culture commune relative au service public et à ses missions, auxquelles sont attachées les professionnels de santé.

Selon Sainsaulieu I., cette Culture « *apparaît comme la plus large des appartenances positives, que nous ayons rencontrées.* »⁶⁹

Les témoignages du CGS, CSS et CS attestent des valeurs humanistes et la préoccupation d'offrir un égal accès aux soins de qualité aux personnes. Ce sont ces valeurs qui feront leviers et sens dans notre communication en interne et en externe pour fédérer et unir les différents collaborateurs. Par conséquent, afin d'entretenir cette culture de service public, forme de Culture d'entreprise au service de la communauté, nous avons à cœur de mettre en œuvre des travaux, des projets communs porteurs de sens dans les activités quotidiennes des soignants. Comme évoqué, les formations permettent des échanges de savoirs et les retours d'expériences, véritables leviers qui valoriseront les projets des différentes équipes, des différents établissements au service du groupement, du collectif.

Ainsi, après avoir développé le rôle fédérateur du DS, CGS autour de valeurs et de projets, nous proposons maintenant d'exploiter ses compétences en matière de coordination.

En effet, le DS, CGS anime ses équipes d'encadrement de diverses manières (réunions, groupes de travail...) et selon différentes modalités soit en interne, soit lors de rencontres

⁶⁹ SAINSAULIEU I., « L'hôpital et ses acteurs, appartenances, égalités » Paris, édition Belin (2007), p. 154

inter-établissements autour de multiples thématiques transversales relatives aux formations, aux mobilités RH, aux projets institutionnels, aux organisations... En revanche, le DS, CGS prendra en considération les attentes du terrain, sans se restreindre aux seules exigences réglementaires. Les entretiens ont permis de mettre en exergue le fait que l'encadrement supérieur et de proximité sont fréquemment confrontés aux mêmes problématiques. Celles-ci, une fois partagées en groupe, lors de réunions de travail, profitent par ses échanges, ses témoignages, pour proposer et trouver des ressources, des réponses pour le collectif. Il appartient au DS, CGS de guider, d'être une ressource, un appui afin de proposer des pistes de réflexion. Les sujets d'actualité ne manquent pas avec notamment la mise en place de la télémédecine avec l'émergence de nouveaux métiers comme les IPA, particulièrement attendus dans le domaine de la prise en charge de la personne âgée, des maladies chroniques... Quoi qu'il en soit, les sujets retenus par le DS, CGS se doivent de répondre aux attentes venues et exprimées par le DG, le PCME, les collaborateurs (CSS et CS) et les usagers de plus en plus. Dans cette orientation, nous pourrions travailler ensemble avec l'encadrement, à la construction d'un tableau des effectifs et les maquettes organisationnelles pour un pilotage dynamique de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Puis, nous déclinerons ensuite à partir de cette base, un tableau des effectifs minimum dans le cadre de mouvements sociaux afin d'assurer la permanence et la continuité des soins, tout en préservant le droit de grève des agents. Il appartiendra à chaque CSS de pôle de travailler en amont avec le CS pour une mise en commun ensuite. Ce travail collectif permettra de rationaliser le temps nécessaire à la construction de ses outils, les expériences de chacun permettant à tous d'avancer plus rapidement. A l'issue, nous aurons construit des outils communs, avec la même méthodologie, les mêmes règles, pour un même but, permettant ainsi à chacun de prendre en considération ses spécificités de terrain lié à son secteur d'activité et de le rendre lisible et intelligible aux autres collègues.

De plus, les outils ainsi construits, partagés faciliteront demain des modalités de recrutement, les mobilités des agents au sein de l'établissement mais également sur le groupement. Nous retiendrons toutefois que les établissements disposant d'une Direction commune peuvent plus aisément profiter de partages de compétences, via notamment des mutualisations de postes d'agents. Ces nouvelles modalités semblent attirer certaines catégories de professionnels comme les kinésithérapeutes, ergothérapeutes qui peuvent disposer de temps de vacation sur plusieurs sites sanitaires et socio-médico-sociaux.

Ces différents exemples illustrent combien le travail de groupe est nécessaire. Pour autant, il ne faut pas négliger la définition d'un cadre de travail répondant à des règles de respect du collectif et le partage de valeurs communes. En effet, il ne faut pas induire, par notre pilotage, l'influence de l'établissement support comme une doxa imposée de conduite et de pensée. De même, il serait une erreur de vouloir transposer à l'identique un modèle

organisationnel d'un établissement à un autre. Charge à nous, DS, CGS, de considérer les multiples différences liées aux contextes, aux cultures, aux histoires des femmes et hommes qui constituent les effectifs de ces établissements. Il nous appartient donc de conduire les équipes d'encadrement à travers des groupes de travail collectif avec respect, tolérance des diverses singularités de chacun. I. Sainsaulieu décrit cela comme « *le consensus communautaire est autant le fruit d'un compromis, d'un intérêt partagé à maintenir une collaboration horizontale et verticale, que le fait d'une intériorisation des normes collectives.* »⁷⁰ Nous retiendrons que la finalité n'est pas la déculturation d'un établissement, de son personnel, mais bien une acculturation où tous se retrouvent dans cette nouvelle entité faite de multiples composantes. Bien évidemment, ce travail de terrain de DS, CGS avec ses collaborateurs de site, s'articule avec les différentes équipes de Direction des établissements.

C'est pourquoi, le DS, CGS collabore de façon étroite avec le DG de l'établissement support mais aussi avec les Directeurs adjoints des établissements parties. Il est capital de partager les travaux et les projets communs avec l'ensemble des acteurs impliqués et responsables sur le territoire, au sein du groupement. Cette transparence et ce partage contribueront à mettre du sens, de la cohérence et de la cohésion dans les actions et les décisions prises. A ce stade du processus, nous pouvons souligner l'importance de l'engagement et la participation des collaborateurs dans cette démarche de coopération. Comme toute conduite de projet, il est important et nécessaire de définir le degré de participation de chacun des collaborateurs, de définir des règles de fonctionnement clairement énoncées, connues et reconnues par tous et reposant notamment sur un certain nombre de valeurs partagées.

Aujourd'hui, la Convention Constitutive, les règlements intérieurs et les différentes conventions pourront être établis entre divers établissements, représentant autant de modalités destinées à créer du lien et du liant entre les structures avec comme objectif d'exprimer une complémentarité, une efficience en matière d'offre de soins sur le territoire de santé, où chacun contribue avec ses ressources, ses moyens, sa Culture, son histoire. Ainsi ces dispositifs participent à l'émergence d'un sentiment d'appartenance à une plus grande entité sans pour autant renoncer ou perdre la sienne. Charge au DS-CGS d'orchestrer et de piloter dans la considération et la reconnaissance de chacun par un accompagnement adapté.

3.3 L'accompagnement des encadrants

Nous prendrons en considération en premier lieu, le rôle important joué par les CS, chevilles ouvrières dans tous les projets, en reprenant la citation de I. Sainsaulieu qui écrit : « *le premier niveau d'appartenance au-delà de la profession est celui du « groupe productif de*

⁷⁰ SAINSAULIEU, I. « L'hôpital et ses acteurs, appartenances, égalités. » op cit p. 144

base »⁷¹. Ainsi, toutes décisions, actions et projets portés avec conviction et engagement par les équipes de Direction, requièrent d'avoir des relais sur le terrain. Par conséquent, les CSS et CS sont par essence, les interlocuteurs privilégiés auprès de qui, nous, DS-CGS devons faire preuve de conviction et d'enthousiasme pour porter et décliner les projets. Dès lors, il nous appartient d'adopter une stratégie pour les accompagner, les aider et les orienter. Pour cela, nous devons nous assurer de moyens de communications efficaces, compréhensibles, adaptées et accessibles par tous dans le fond et la forme. A l'heure de l'Hôpital 2.0, pas tous les établissements disposent du même degré d'avancement et de performance, voire d'existence d'un Système d'Information Hospitalier mutualisé. De plus, la crise sanitaire, l'ayant démontrée, la dématérialisation présente des limites notamment lors des réunions réalisées en distanciel avec tous les aléas liés à la technique (problème réseau, bande passante audio défectueuse, coupures intempestives) mais également liés à la dépersonnalisation et la déshumanisation des échanges par absence de lien social de proximité propice aux interactions et aux échanges. Outre les outils informatiques, l'usage des Nouvelles Technologies de l'Information et de Communication (NTIC), nous avons la préoccupation d'entretenir et de promouvoir des moments d'échanges, de partages, de communications en direct avec si nécessaire le respect des distanciations sociales et l'usage des équipements de protection individuels.

En effet, ces moments de rencontres sont propices aux échanges en direct, permettant la reformulation, la précision, la réaction pas forcément perceptible derrière un écran, à distance permettant le cas échéant de pouvoir ajuster ou reprendre. Ainsi, tous ces éléments favorisent et contribuent à l'appropriation des projets et évitent par conséquent les incompréhensions ou les implicites. Les messages transmis sont alors clairs, explicites et précis et non enclin aux interprétations. Nous reprendrons une phrase de Norbert. Alter relative au sens compris et acceptés par les collaborateurs : « *d'un point de vue subjectif, le sens témoigne d'une cohérence entre le présent et le passé* »⁷². Nous percevons bien ici, l'importance de comprendre le contenu d'un projet, d'une procédure, d'une décision, dans sa forme, son objectif et son bénéfice pour chacun. Cette explicitation permet aux collaborateurs d'avoir les tenants et les aboutissants nécessaires à la compréhension des enjeux pour ainsi percevoir les effets sur leurs activités quotidiennes, leurs organisations.

Par ailleurs, cela place les collaborateurs, CSS et CS dans une posture pro-active propice à l'appropriation leur conférant ainsi une autonomisation comme le décrit P. Bernoux et d'« *avoir une attitude active, et donc accepter, voire anticiper des changements possibles* »⁷³. Par ailleurs, nous rappelons que cette démarche s'inscrit également, comme nous l'avons

⁷¹ Ibid

⁷² ALTER N., Donner et prendre La coopération en entreprise, Ed. La Découverte/M.A.U.S.S. Paris Décembre 2009

⁷³ BERNOUX P., Sociologie du changement. Op Cit p.53)

déjà souligné auparavant, dans une collaboration étroite avec les autres Directions, qui pourront jouer un rôle stratégique dans le pilotage de projets. En outre, nous assurerons la coordination, comme défini dans le référentiel métier des compétences du DS : « *savoir animer* » et « *développer un réseau professionnel et développer une communication pertinente vis-à-vis des différents acteurs* ». Nous reprenons ainsi notre première idée d'accompagner les CS et CSS, collaborateurs et acteurs de proximité avec les équipes et les organisations afin d'assurer le relais et la mise en œuvre des différents projets.

L'accompagnement qui vient du verbe accompagner signifiant se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui, dénote un engagement, une volonté de partager et de participer. Ainsi, selon Paul M., cet « *accompagnement s'inscrit dans une posture professionnelle spécifique*⁷⁴ » autour de 3 axes : guider, conduire et escorter. Demain en qualité de DS-CGS nous nous projetons bien comme celui qui pourra apporter une direction, un cap, une orientation mais également des éclairages, des explicitations afin de rassurer, de cadrer et de sécuriser les projets et les actions. Tel le guide de haute montagne auprès de sa cordée, notre rôle « *consiste à montrer [...], à présenter ou déployer [...] à faire connaître, faire imaginer ou représenter, constater ou expliquer, révéler ou témoigner*⁷⁵ » afin de montrer le chemin à emprunter en sécurité de sorte à arriver tous ensemble à l'objectif. De même, le guide a la charge de prévenir et d'anticiper les difficultés, les contraintes, les obstacles et d'être en mesure de proposer une alternative de parcours, sans toutefois s'éloigner de l'objectif. C'est ainsi que nous concevons notre mission auprès des CSS et CS, tout en restant à leur écoute, attentif à leurs réactions, leurs états d'esprit, leurs questionnements, leurs doutes auxquels nous devons rester vigilant afin d'apporter une réelle considération et dans la mesure du possible une réponse. Par conséquent, la connaissance et la reconnaissance de chacun dans ses dimensions professionnelles et personnelles, son parcours, ses compétences, ses expériences faciliteront le travail collaboratif, coopératif et contribueront à la valorisation de tous. Il est de notre rôle de valoriser et de promouvoir l'exercice de chacun, de partager et communiquer le fruit du travail avec et pour la collectivité. Cela nous conduit à devoir développer la communication et ses modalités.

3.4 Une communication efficace, adaptée et permanente

La communication vient du verbe communiquer du latin *communicare* qui signifie partager quelque chose, mettre en commun. L'acception illustre bien les notions de partage, de mise en commun nécessaire à toutes entreprises et tous projets dans la perspective d'échanges. Aussi la communication ne s'improvise pas et réponds à quelques règles fondamentales, notamment relatives à la compréhension mutuelle entre l'émetteur et le récepteur. Ainsi, il

⁷⁴ PAUL M., 2004 « L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique », Paris l'Harmattan p.60)

⁷⁵Ibid

s'agit d'utiliser le même langage, d'avoir la même signification pour désigner les mots et termes employés, de partager les mêmes objectifs, d'utiliser les mêmes canaux de communication, de respecter et savoir s'adapter aux différents interlocuteurs. Une fois encore, il sera nécessaire de connaître et reconnaître les différents interlocuteurs afin d'établir un climat de confiance propice aux échanges.

De plus la communication ne s'impose pas mais se construit dans un espace d'échange reposant sur le respect, l'écoute et la bienveillance. C'est pourquoi, la communication doit s'ajuster et se bâtir au fil du groupe. Ainsi, plus un climat de confiance s'installe rapidement dans le groupe, plus la communication sera facilitée et les échanges riches. C'est pourquoi, nous devons œuvrer rapidement pour instaurer ce climat auprès des CSS et CS nécessaire à notre collaboration.

De surcroit, la communication peut se décliner de façon ascendante, descendante et transversale. Par conséquent, nous serons vigilants, par notre fonction de Coordonnateur, Directeur des soins, de maintenir et de respecter cette transversalité faisant du lien et du liant avec nos collaborateurs, notamment en inter-Directions, inter-pôles et inter-établissements.

Par ailleurs, nous communiquerons avec discernement et pertinence selon la nature de l'information et de son destinataire. De même, en fonction de la nature du message, nous serons respectueux de laisser communiquer, transmettre ces informations par nos collaborateurs. Ainsi, c'est un levier de reconnaissance et de valorisation de leur travail, tout comme une responsabilisation. En revanche, certaines communications devant être réalisées auprès des Directions, resteront de notre ressort et ne souffriront pas d'être court-circuitées. Par conséquent, nous porterons une attention toute particulière auprès des pôles d'activités qui peuvent parfois fonctionner en silo autonome et nous veillerons à établir et entretenir des liens réguliers, nourris avec les CSS de pôles.

De plus, la communication en fonction de son contenu se réalise selon une temporalité. En effet, certaines informations stratégiquement ne peuvent être partagées trop tôt, car elles s'inscrivent parfois dans une démarche projet suivant un processus progressif. Ainsi, en fonction de leur nature, l'information peut nuire ou aider au projet. C'est pourquoi il est important de savoir attendre des éléments de consolidation ou bien le fruit de nos réflexions pour pouvoir apporter des perspectives de réponses. Nous voyons que la nature de l'information et le moment de la communication peuvent influencer et orienter la poursuite, la conduite des projets et travaux. Il est donc important d'être attentif à nos communications dans le fond, la forme et le moment.

De surcroit, l'épidémie Covid-19 a profondément modifié les modes et les canaux de communication, avec notamment la mise en place de visioconférences, du déploiement accéléré du télétravail qui se sont substitués aux rencontres et aux échanges en présentiel. Nonobstant la distanciation imposée par le contexte sanitaire, ces dispositifs ont permis de

maintenir les liens et les partages. La rupture de la communication quant à elle, aurait eu des effets plus délétères car le silence aurait été synonyme de rupture, de doutes, de problèmes donc source d'inquiétude laissant place à la rumeur et aux interprétations. De plus, à l'instar de toutes les équipes, les Directions organisent et planifient des moments d'échanges et de partages nécessaires aux prises de décisions selon un calendrier et des plages horaires formalisées et institutionnalisées. Parallèlement, il peut y avoir des moments plus informels d'échanges. En revanche la communication est alors très synthétique et ciblée pour ne pas se perdre dans les détails souvent chronophages. De son côté le DS, le CGS organise également 2 fois par semaine des réunions de Direction où sont conviés l'équipe de CSS avec parfois les CS concernés, en fonction des thématiques. De même le DS-CGS anime et convoque une réunion trimestrielle pour tous les CS de sites avec un ordre du jour reprenant les informations descendantes, les présentations de travaux conduits et le partage d'expériences présentés par les CS, les points d'avancement des projets institutionnels, éventuellement un point d'information concernant la veille législative et juridique. Nous veillerons à ce que les CS du secteur social-médicosocial des EHPAD puissent régulièrement rejoindre leurs homologues du MCO toujours dans l'objectif de rapprocher les professionnels avec le partage du quotidien, des réalités de chacun. Ainsi, pour chacune de ces rencontres managériales, l'objectif est de partager les informations et d'entretenir par ce biais, des liens rapprochant la Direction des Soins aux managers qui sont les relais auprès des équipes sur le terrain. Pour autant, nous serons vigilant à ne pas démultiplier à outrance ces rendez-vous pour ne pas sombrer dans l'écueil des « réunionites » qui saturent les agendas de tout le monde et qui deviennent contre productives. Aussi, nous serons attentifs aux besoins des CS afin de trouver ensemble, la bonne fréquence et la modalité de rencontres qui conviennent au mieux.

De même, dans la perspective d'établir une appartenance territoriale, c'est avec la collaboration des collègues DS-CGS, que nous pourrions organiser avec l'aval du DG, des rencontres CS, CSS annuelles inter-sites sous forme d'un séminaire de travail un peu ludique et dont l'objectif reste de rapprocher les professionnels et de créer un réseau pour faciliter les partages. Cette démarche, outre la rencontre des CS, des CSS du GHT, permettrait également de profiter de l'intelligence collective, qui est toujours stimulante et source de progrès.

Enfin, toutes ces rencontres à différents niveaux, contribuent à la création d'un collectif avec de nouveaux liens d'appartenance groupale, territoriale évoluant dans un ensemble cohérent et complémentaire que représente le GHT.

Par ailleurs ces rencontres s'accompagneront de restitutions qui seront transmises et partagées. A ce titre, il sera important de formaliser cette restitution et de la réaliser sans retard auprès de tous les concernés afin de prévenir tout sentiment d'exclusion.

De même dans les échanges au quotidien avec nos collaborateurs CSS ou collègues Directeurs, il nous semble pertinent de s'inspirer du monde industriel et du Lean avec la mise en place du point 5 minutes. En effet, c'est un moment d'échange quotidien ou périodique destiné à aborder les points clefs, de partager les informations utiles au bon déroulement du travail des collaborateurs. Ce point info doit se réaliser de manière dynamique et suivre 5 thématiques :

- ✓ **Sécurité/Environnement** : point sur les arrêts de travail, les diverses modifications organisationnelles liées au contexte sur le pôle
- ✓ **Ressources Humaines** : point sur les mouvements de personnels (arrivée et départ) et l'état des effectifs ce jour (suivi à partir du tableau partagé des emplois incrémenté tous les jours à partir des données fournis par les CS et les CSS)
- ✓ **Les états d'avancement** des différents dossiers suivis ensemble : état des réussites et des points de blocages qui seront analysés pour trouver ensemble des solutions et ouvrir vers de nouveaux objectifs atteignables, réalistes et délimités dans le temps.
- ✓ **Un temps de discussion ouverte** permettant au collaborateur de s'exprimer sur d'éventuelles difficultés rencontrées ou simplement le partage d'informations diverses.

Pour se faire et pour cadrer ce point info de 5 minutes, nous pouvons recourir à un support visuel reprenant les différents points pour n'en oublier aucun. De plus cet outil offre la possibilité de suivre plus facilement les évolutions entre 2 points infos.

En revanche, pour les autres acteurs du territoire, les usagers, les organisations syndicales, il est préférable et primordial d'organiser de réelles campagnes d'informations ou des temps officialisés d'échanges et de rencontres notamment avec les représentants syndicaux et des usagers. Une fois encore, la communication en dehors de tout moment de tensions ou de conflits, contribuent à instaurer et à entretenir un climat de confiance et de dialogue.

Nous reprenons en synthèse que la communication renforce le sentiment d'appartenance en favorisant la connaissance et la reconnaissance, qui contribuent au développement de la cohésion entre les acteurs (professionnels, représentants des usagers et des organisations syndicales). De même la communication participe à la valorisation en mettant en exergue les expériences de réussites et les résultats des travaux de groupes ou individuels au bénéfice du collectif, renforçant ainsi le sentiment d'appartenir au groupe. Par ailleurs, les multiples CH et GHT aujourd'hui, matérialisent leurs identités, leurs appartenances autour d'un nom, d'un logo. Cette démarche permet ainsi aux professionnels de s'identifier et d'appartenir à cette structure, tout en conservant en même temps son ancrage identitaire, Culturel attaché à son établissement. Par conséquent, le groupe est créé et porte dorénavant les signes de reconnaissance du GHT et du CH scellant ainsi symboliquement une alliance entre les différentes structures au sein d'une même

entité. De plus cet affichage aide les usagers à trouver leurs établissements de santé de territoire et de pouvoir investiguer plus facilement sur internet pour avoir des informations pratiques, qualitatives et quantitatives concernant l'offre de soins.

Par ailleurs, les NTIC favorisent les échanges par l'usage d'outils communs et interopérables, compatibles. Ainsi ces nouveaux outils permettent via un Système d'Information Hospitalier commun, le partage rapide et sécurisé de bases de données entre les différents établissements, pour une gestion documentaire commune regroupant par exemple des protocoles, des procédures... De même, la continuité de la prise en charge des soins est sécurisée et facilitée par ce dispositif intégrant la mise en place et l'utilisation du dossier patient informatisé via un logiciel commun au sein du GHT. Toutefois, le degré d'avancement et de développement de ces outils ne sont pas au même niveau dans toute la France et pour tous les hôpitaux. Parfois certains établissements par leur localisation géographique en milieu rural, isolé, les fortes contraintes budgétaires pesant sur leur gestion, la vétusté de leurs locaux incompatibles avec les installations nécessaires, peuvent représenter de réels freins à la mise en place.

Pour autant, le développement des Systèmes d'Information partagés reste une priorité nationale, rappelé à nouveau dans le Plan « Ma santé 2022 » qui initialement prévoyait un investissement de 500 millions d'Euros accompagné du Programme Hop'EN prévoyant 420 millions d'Euro de budget dédié pour un « Hôpital numérique ouvert sur son environnement » afin de soutenir le développement du numérique hospitalier et ainsi accélérer le virage numérique. De même la télémédecine, la téléconsultation, la télé-expertise se développent de plus en plus, encouragées et accélérées avec l'épidémie qui a pu illustrer l'efficacité et les possibilités offertes par le numérique.

Enfin, les moyens de communication sont de précieux leviers pour rapprocher les structures pouvant parfois être très éloignées les unes des autres en fonction de la taille du GHT et de l'étendue du territoire. Toutefois, l'expérience « Covid » a démontré les limites de cette modalité, car outre les problèmes techniques, les relations et les échanges instaurés n'étaient pas de la même nature et de la même qualité relationnelle que celles réalisées en direct, en présentiel. Nous retenons que ces dispositifs permettent des échanges, des modalités de communication en distanciel qui doivent malgré tout s'articuler avec du présentiel afin de maintenir et d'entretenir du lien humain, social.

3.5 L'appartenance territoriale : Une dynamique à impulser, à porter

Alors que les GHT existent depuis 2016, parfois construits sur la base de CHT créés en 2009 ayant regroupés pour certains des CH en Direction Commune, il nous est pour autant apparu nécessaire de formaliser un projet commun d'appartenance territoriale dans une dynamique collective humaine ancrée sur le territoire.

Comme nous avons tenté de l'aborder au fil du mémoire, nous nous inscrivons dans une démarche participative où l'ensemble des acteurs, collaborateurs définissent les orientations de façon collégiale. Pour autant, notre réflexion quant à elle, privilégie quelques axes prioritaires dans lesquels le DS-CGS est particulièrement attendu et investi.

En effet, en qualité de président de la CSIRMT de site ou de GHT, nous avons la charge, la responsabilité et l'engagement de construire et de produire le projet de soins, de participer à la rédaction du projet médico-soignant, éléments fédérateurs et fondateurs qui répondent aux besoins de santé de la population du territoire.

Par ailleurs, dans cette approche territoire, il nous paraît également important d'aborder la place du DS-CGS dans l'élaboration d'un projet de gestion des ressources humaines des personnels soignants. En effet, aujourd'hui et plus encore demain lors de notre prise de fonction dans un CH installé en milieu rural, connaissant de fortes difficultés de recrutements et de fidélisations des personnels hospitaliers, nous nous préoccuperons rapidement de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, des modalités et des conditions de recrutement, de l'accueil et de l'accompagnement des nouveaux arrivants et des étudiants, de la politique d'accompagnement et de promotion des formations et des projets professionnels, notamment pour les faisant fonctions et les nouveaux métiers à promouvoir comme les Infirmier(e)s de Pratiques Avancées.

Bien évidemment, cela sera réalisé en collaboration avec le DRH pour le volet administratif et nous conduirons les actions sur le terrain avec la collaboration des CSS et des CS. De plus, comme nous avons pu l'expérimenter sur les lieux de stage, l'application de règles identiques de gestion RH sur le GHT, participe à l'émergence d'un sentiment d'appartenance, de cohésion et de cohérence en évitant les particularités souvent sources de clivages et de différences. D'ailleurs durant nos stages, nous avons profité de la présence d'un Directeur Adjoint en charge du GHT apportant par ses missions de la transversalité, de la cohésion et de la cohérence dans la politique et la stratégie de santé du territoire. Pour autant, ses fonctions ne lui octroyaient aucun droit d'ingérer dans la gestion RH des différents établissements parties puisque celle-ci relève de leurs autorités et de leurs prérogatives de façon indépendante et autonome. Ainsi, seul le DG de l'établissement support peut porter et proposer ce consensus auprès des Directeurs Adjointes ou DG des établissements parties qui ne sont pas obligés d'adhérer et d'y souscrire. De plus, nous avons encore profité de nos expériences sur le terrain permettant de définir un troisième axe à conduire relatif à la formation. En effet, le GHT permet de mutualiser les formations et les projets s'y affairant. Aussi, avons-nous retenu l'idée de mettre en place une équipe chargée de la formation pour le site et le territoire. Les moments de rencontres et de partages réalisés entre professionnels de différents établissements lors des formations communes, participent à la création de nouveaux liens avec l'apparition de nouveaux réseaux professionnels. Ce sont des occasions de partages interculturels,

interprofessionnels qui facilitent potentiellement les mobilités par une meilleure connaissance des différents sites et par celle des professionnels y travaillant. Dans cette orientation, nous pouvons dès lors, partager les vacances de postes sur l'ensemble du GHT, facilitant par la même le brassage de personnels et de pratiques qui, somme toute sont sources d'enrichissement pour la collectivité par le partage et le maintien de compétences.

Par ailleurs la mise en place de Direction Commune s'est révélée être un élément facilitateur dans la démarche précédemment présentée, permettant également de porter des projets professionnels inter-établissements et ainsi de contribuer à promouvoir des carrières et à fidéliser le personnel. Par exemple, un agent de l'établissement (A) avec un projet cadre serait proposer en FFCS sur l'établissement (B), avec un engagement contractualisé de financer la formation IFCS avec une affectation future sur un poste de CS sur l'un des deux hôpitaux, en fonction des vacances de poste.

De plus, mes fonctions à partir de Janvier 2021 s'accompagneront de la Direction de la Qualité et de la Gestion des risques. Ainsi, les démarches qualité et gestion des risques pourront également être abordées en transversalité sur le GHT, à travers l'élaboration de procédures et de protocoles travaillés collégalement pour ensuite être partagés. Ces mesures participeront à la sécurisation des soins par une harmonisation des pratiques. Ainsi, les petites structures pourront profiter des apports expérimentiels des plus gros établissements, sous réserve que les ressources mobilisées puissent être adaptées et adaptables pour tous (nous pensons aux moyens logistiques, informatiques pas toujours de même capacité partout).

Cependant, comme dans toutes conduite de projet, nous devons procéder à des évaluations. Aussi, charge à nous d'établir en amont les indicateurs et les critères permettant de mesurer et de suivre notre projet : l'atteinte des objectifs, l'efficience du travail collectif... De même, nous évaluerons le degré de satisfaction et d'implication des professionnels (par le suivi des inscriptions aux formations, aux mobilités sur le GHT, l'absentéisme, les nombres de départ en dehors du GHT, etc..) et ainsi juger des effets sur la fidélisation et l'attractivité.

Tous les axes cités convergent vers la création d'une appartenance, l'émergence d'une Culture Commune qui peut s'apparenter à une forme de Culture d'Entreprise où chacun apporte de ses compétences, de son expérience, de sa Culture, de son histoire, de sa personnalité pour le bénéfice de la collectivité, du GHT.

Conclusion

Le système de santé français s'est énormément transformé au gré des réformes afin de s'adapter aux multiples contextes socio-économico-sociétal. Les établissements locaux ont laissé la place aux établissements de proximité quand d'autres se sont transformés en structures différentes, tous regroupés au sein de GHT. Ces derniers, actuellement, en fonction de leur localisation, peuvent appartenir à des zones géographiques sous dense en personnel médical et paramédical. Par ailleurs, ces regroupements nécessaires pour une offre de soins adaptés et pluriels, se sont construits sur près de 10 ans avec leurs précurseurs les CHT créés en 2009, remplacés en 2016 par les GHT. Ainsi les établissements parties ayant connues eux-mêmes des restructurations dans le cadre du rattachement, de fusions, portent encore en eux l'empreinte de leur histoire, leur Culture, leur racine en fait. Devenus un des éléments d'un tout, il leur est parfois difficile d'être visible et reconnu dans ce contexte. Aussi pour assurer un égal accès aux soins de qualité sur le territoire, les organisations ont été repensées en construisant des parcours et des filières de santé, sources de liens et de liants entre les établissements, par l'harmonisation, la mutualisation des moyens, des ressources et des compétences par complémentarité.

Notre question de départ interrogeait la stratégie envisageable afin de créer une appartenance territoriale compatible avec une cohésion des différents professionnels des divers établissements empreints de multiples Cultures, histoires et appartenances.

Nous soutenons que cette appartenance, cet ancrage territoire, repose sur une démarche stratégique et opérationnelle relevant d'une approche managériale relationnelle engagée et participative, intégrant autonomie et responsabilisation de tous les acteurs.

Ainsi, dans un climat de confiance mutuelle reposant sur des valeurs et des enjeux partagés, l'appartenance territoriale semble être le socle de meilleurs collaborations et coopérations inter-établissements. Toutefois, cela n'est implicite et se construit.

En effet, la démarche s'inscrit dans le temps, nécessaire à l'appropriation du changement. De même, au-delà du leadership du DS-CGS, le soutien et l'engagement du DG dans cette stratégie sont cruciaux et font l'œuvre de la rédaction d'une charte précisant les valeurs et les objectifs partagés au sein du GHT. Cette Charte précise également les missions assurées et relayées par les CSS et CS sur le terrain notamment dans l'animation de travaux de groupes, de participation aux mobilités des agents, à l'usage et au partage des productions locales... Nous aurons quant à nous, le rôle de coordonner, d'organiser, de partager et de promouvoir une politique de prise en charge des usagers ou résidents qui respecte et profite des différentes Cultures d'établissements dans lesquelles la population se reconnaît. Ces phénomènes sont d'autant plus prégnants en milieu rural où la population est très attachée à son établissement de santé. Nous ferons de sorte à préserver

le plus possible ces liens historiques en les intégrant dans un parcours personnalisé et adapté aux lieux de vie. Par conséquent la dimension humaine s'avère primordiale dans ce contexte. En effet, comme le soulignent Bloch M. A. et Heraut L. : « *derrière toutes ces stratégies d'ouverture et de coopération* »⁷⁶ et « *ces projets d'établissement, il y a des hommes et des femmes qui travaillent à les concevoir et à les mettre en œuvre* »⁷⁷. Par ailleurs, elles rajoutent que les DS sont des « *champions organisationnels* »⁷⁸, très largement illustrés durant la gestion de la crise Covid. Aujourd'hui encore, le DS-CGS cherche en permanence de nouvelles organisations, de nouveaux modes de management afin de s'adapter aux divers contextes. De nos jours, nous accompagnons de nouvelles conceptions du soin et de l'Hôpital en s'inscrivant sur le territoire et de plus en plus « hors les murs » par un meilleur maillage avec la médecine de ville. Dans ce changement de paradigme, le DS-CGS est acteur et force de propositions, de soutien et d'appui auprès de ses collaborateurs. M.A. Bloch et L. Heraut relèvent que « *la capacité de réflexion du DS le conduit à prendre soin de l'organisation, et notamment du personnel soignant, par une série d'actions.* »⁷⁹ Effectivement c'est dans cette démarche que le DS-CGS coordonne la mise en œuvre des projets fédérateurs en faisant collaborer tous les CSS et CS référents. Cela s'associe avec une démarche d'accompagnement et de coordination qui complète le pilotage stratégique du DS-CGS auprès de ses collaborateurs CSS et CS des établissements parties.

Le sentiment d'appartenance exprimé par les encadrements, se développe en même temps que les interactions, les échanges et les rencontres, interprofessionnels, s'installent et s'épanouissent, laissant ensuite apparaître de la satisfaction, une forme de plaisir et d'intérêt au travail collectif à l'échelle du territoire. Toutefois, il serait réducteur de limiter notre stratégie de coopération territoriale facilitée par une même appartenance uniquement aux encadrants. En effet, la dynamique doit également inviter et impliquer les soignants, professionnels de terrain dans des espaces de partages et d'échanges. D'ailleurs Alter N. souligne que « *le management doit prendre en compte* »⁸⁰ [...] « *les échanges sociaux* »⁸¹ [...] « *qui représentent une richesse telle qu'il faut accepter que les salariés consomment une partie au bénéfice de leur identité collective* »⁸². » Pour autant, cette démarche sera cadrée par des objectifs et des moyens définis en amont. Ainsi, nous prioriserons des groupes de travail autour de réflexions éthiques, de démarches qualité et gestion des risques qui font parties du quotidien des pratiques soignantes. De même, demain en tant que DS-CGS

⁷⁶ BLOCH M.A. et HENAUT L., *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, Paris, 2014, p.254

⁷⁷ Ibid

⁷⁸ Ibid

⁷⁹ Ibid p.264

⁸⁰ ALTER N., *Donner et prendre La coopération en entreprise*, Ed. La Découverte/M.A.U.S.S. Paris Décembre 2009, p.224

⁸¹ Ibid

⁸² Ibid

d'établissements MCO et d'un EHPAD, nous pensons pertinent de conjuguer le projet de soin au projet de vie pour renforcer les liens et les interactions entre les deux structures. Ainsi, nos prérogatives reposent notamment sur la qualité, la sécurité et la pertinence des soins apportés aux usagers et ce, quel que soit le lieu de sa prise en charge. De même, nous devons permettre aux professionnels de s'épanouir, de découvrir de nouvelles pratiques, innovantes comme les pratiques avancées et d'avoir la capacité de mettre du sens aux différents changements liés aux contextes, aux réorganisations, aux injonctions parfois. Une communication rigoureuse et une présence seront entre autres, de précieux leviers d'accompagnement et de construction d'une appartenance commune pour une collaboration territoriale facilitée.

Au terme de ce travail, nous pouvons retenir que le GHT a permis une gestion commune des fonctions supports (DIM, SIH, Achats et Formation) dont l'établissement support en assume la charge pour l'ensemble des établissements parties sous l'autorité du Comité Stratégique. Toutefois, malgré les engagements, nous avons constaté parfois le non-investissement d'établissements parties au sein du GHT, restant dans un fonctionnement isolé, autarcique. Dans ce contexte, il semble pertinent de s'interroger sur la mise en place de Direction Commune de façon plus élargie au sein des GHT. Cette perspective peut apparaître comme un pas de plus vers une Gouvernance autonome sur le territoire. Ainsi les chiffres présentés par la DGOS montrent significativement cette tendance entre 2014 et 2017 avec une progression de 42% des créations de Directions Communes. Par ailleurs, le Plan « Ma santé 2022 » simplifie la procédure de fusion des établissements au sein du GHT. De même, les préconisations de l'IGAS de Décembre 2019⁸³, relatives au GHT, ont proposé à moyen terme la création d'un Établissement Public de Santé Territorial comme alternative aux fusions actuelles. Ce scénario d'EPST unique, s'il était retenu, s'articulerait autour d'un modèle de Gouvernance et de management selon les diverses possibilités suivantes :

- ✓ Des Directions déléguées de site
- ✓ Des Pôles intersites

Par la même, cette perspective permettrait de réduire le nombre des Instances convoquées sur le GHT. Si toutefois, cette perspective de fusion venait à aboutir, il faudra veiller à ce qu'elle respecte chacune des parties du GHT dans son identité, son appartenance et sa spécificité pour ne pas les déculturer mais bien les acculturer.

« *Unus pro omnibus, omnes pro uno* »⁸⁴

⁸³ Rapport IGAS N°2019-034R : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-034r_tome_i_.pdf

⁸⁴ Devise traditionnelle (bien que non officielle) de la Suisse, signifiant « Un pour tous et tous pour un »

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

Lois

Ordonnance n°58-1199 du 11 Décembre 1958 relative à la coordination des établissements de soins comportant hospitalisation (p11170), Journal Officiel 12 décembre

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

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

Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel, 25 avril 1996

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

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 et la circulaire no 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

Article 8 de l'Ordonnance n° 2003-850 du 04 Septembre 2003

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires paru au JO le 22 juillet 2009

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé paru au JO le 27 janvier 2016

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, paru au JO le 26 juillet 2019

Décrets

Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière mis à jour le 16 mai 2020

Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Article L6132-2 Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

Plan National et Ségur

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_h2007_1.pdf

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/04_03_13_Dossier_de_presse_rapport_Couty-2.pdf

<https://www.gouvernement.fr/plan-national-de-sante-publique-la-prevention-pour-lutter-contre-les-inegalites-de-sante>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/>

Ouvrages :

ALTER N., Donner et prendre La coopération en entreprise, Ed. La Découverte/M.A.U.S.S.
Paris Décembre 2009

ARISTOTE ; La Métaphysique - IVe s. av. J.-C.

BAJOIT, G. (2003). Le changement social. Paris : Armand Colin.

BAJOIT, G. (1999). Notes sur la construction de l'identité personnelle. Recherches Sociologiques, 30-2, pp. 69-84.

BLOCH M.A. et HENAUT L., Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Dunod, Paris, 2014
BOURNOIS F. et S ROUSSILLON S. (1998), « Préparer les dirigeants de demain », Editions d'Organisation

CALMES G., SEGADE J.P., LEFRANC L., 1998, « Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité ». Paris : Masson

CROS, M. &. (1996). Terrains de passage : Rites de jeunesse dans une province Française (éd. (Collection Dossiers sciences humaines et sociales)). Paris : Edition L'Harmattan.

DEVILLARD, O. (2000). La dynamique des équipes. Paris : Editions d'Organisation.

DUBAR, C. (2000). La socialisation. Construction des identités sociales et culturelles (éd. 3ième Edition). Paris : Armand Colin.

DUBAR, C. (1998). La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. Paris : Armand Colin.

DUBAR, C. (1994). Traité de sociologie du travail "Identités collectives et individuelles dans le champs professionnel ". Bruxelles : De Boeck.

DUBOIS, P. (2005). Le sentiment d'appartenance du personnel. Québec, Canada : Quebecor Eds.

GUERTIN, D. (1987). Sentiment d'appartenance chez l'adolescente et chez l'adolescent en milieu scolaire. Mémoire UQAM.

HELLER, R. (1998). Diriger une équipe. Londres, Royaume Uni : Dorling Kindersley.

JACQUES E. est un psychologue canadien qui a introduit sous le nom de socioanalyse la psychanalyse dans l'étude des entreprises. Il est le père du concept de Requisite Organization et mis en évidence le degré d'autonomie
MAYO, E. (1933). The Human Problems of an Industrialised Civilization The early sociology of management and organizations. New York, USA : Macmillan.

LINTON R., (1977) « Le fondement culturel de la personnalité », Bordas, Paris

MAYO, E. (1933) *The Human Problems of an Industrialised Civilization The early sociology of management and organizations*. New York, USA : Macmillan

MOUSLI M., (2009) « La culture d'entreprise : essentielle mais délicate à manier », *Alternatives économiques*, hors-série 79, 1er trimestre

MUCHIELLI, R. (1995). *La dynamique des groupes*. Paris.

MUCCHIELLI, R. (1980). *Le travail en équipe*. Editions ESF.

PAUL M., 2004 « L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique », Paris l'Harmattan

POTOCKI MALICET, D. (1997). *Laboratoire d'Etude et de Recherche sur les Professionnalisations LERP*. Consulté le Mars 10, 2012, sur Université de Reims Champagne Ardenne <http://www.univ-reims.fr/site/laboratoire-labellise/lerp/recherche/projet-scientifique.10140,18183.html>

SAINSAULIEU I. (2007), « L'hôpital et ses acteurs, appartenances, égalités » Paris, édition Belin

SERRES, M. (2009) *Faute*, Edito Libération,

THEVENET Maurice, (2015) *La culture d'entreprise* », PUF, 7ème édition

Revues :

BOUCHER, L.-P. &. (1990). *Responsabilité et appartenance : la dynamique d'un projet éducatif*. *Revue des sciences de l'éducation*, Volume 16, pp. 415-431

Cité dans LABORDE D., « Éditorial », *Socio-anthropologie* [En ligne], 8 | 2000, mis en ligne le 15 janvier 2003, consulté le 19 septembre 2019. URL : <http://socio-anthropologie.revues.org/116>

Rapports :

Rapport IGAS N°2019-034R :

https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-034r_tome_i_.pdf

Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. GÉRARD LARCHER,

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf

Mémoires :

Fl. Bonnard, A. Habrat, N. Jarry, *Le sentiment d'appartenance dans les équipes à distance : quel rôle du management ?* Université Paris-Dauphine, Management des Ressources Humaines Dauphine MBA RH Promotion 11 Octobre 2014

Ch GILET, Le directeur des soins, un des acteurs clés de la cohésion des professionnels au sein d'un groupe hospitalier public sanitaire et médico-social, Filière Directeur des soins, EHESP, 2014

Sites internet :

<https://www.elysee.fr/nicolas-sarkozy/2007/10/12/lettre-de-mission-de-m-nicolas-sarkozy-president-de-la-republique-adressee-a-m-gerard-larcher-sur-lorganisation-dune-concertation-sur-les-missions-de-lhopital-le-12-octobre-2007>

http://www.senat.fr/comptes-rendus-seances/5eme/pdf/1975/04/s19750429_0683_0721.pdfLégifrance

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000036515987/2018-01-19/>

https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000038887247/2019-07-27/

<https://www.techno-science.net/definition/4901.html>

<http://metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=metiers>

https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf

https://www.liberation.fr/societe/2009/11/19/faute_594497

<https://www.techno-science.net/definition/4901.html>

<http://www.univ-reims.fr/site/laboratoire-labellise/lerp/recherche/projet-scientifique,10140,18183.html>

<http://socio-anthropologie.revues.org/116>

Liste des annexes

Annexe I :	Guide d'entretien DS/CGS
Annexe II	Guide d'entretien CS/CSS
Annexe III	Grille de recueil des entretiens CS/CSS
Annexe IV	Grille de recueil des entretiens DS/CGS
Annexe V	Grille commune d'analyse des entretiens CS/CSS/DS/CGS
Annexe VI	Tableau descriptif des deux GHT

Annexe I

GUIDE D'ENTRETIEN CSS et CS

Je mène actuellement dans le cadre de ma formation de Directeur des Soins à l'EHESP, un travail de recherche avec un mémoire professionnel abordant l'appartenance des professionnels au sein des GHT et en quoi le DS/CGS peut-il être un acteur clef contributif dans la construction et l'émergence de celle-ci, dans une dynamique territoriale au service des établissements parties et support

Je tiens à préciser que cet entretien est anonyme et confidentiel

1 / Descriptif du pôle, de l'unité de soins :

Nombre et catégories de personnels

Situation géographique des différentes unités de soins (éloignements)

Origine de votre pôle ou unité de soins (si transfert d'activité ? fusion ?), histoire, date et modalités de sa constitution, de sa construction

Activités de votre pôle, de votre unité de soins, ses spécificités

Structure de votre pôle, de votre unité de soins : liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différents établissements parties et support, +/- établissement recours CHU

Moyens de communication mobilisés, existants

Modalités de partages (réunions ? A quelles fréquences ? Visioconf ? En interne dans l'établissement et sur le territoire ?..)

En étant le plus factuel possible et le plus concret :

2 / Citez 3 moments +/- récents où vous avez identifié pour votre pôle, votre unité de soins, un sentiment d'appartenance au GHT :

Pourquoi ? Comment cela s'est-il exprimé ? Sous quelle forme ?

3 / Citez 3 moments +/- récents où vous avez identifié pour votre pôle, votre unité de soins, qu'il n'existait pas de sentiment d'appartenance au GHT :

Pourquoi ? Comment cela s'est-il exprimé ? Sous quelle forme ?

4 / Quels moyens, quelles actions, ont été mis en œuvre pour initier, réaliser, entretenir des liens au sein du GHT ? Existence d'un espace d'échanges, de partages dans une atmosphère conviviale ?

5 / Quels outils ou organisations existent-ils pour créer des moments de partages formels conviviaux (importance des relations humaines en directe) dans le GHT ?

Quelles modalités (existe-t-il des réunions, des groupes de travail multisites ? Un SI commun permettant des partages d'expériences, de pratiques, de protocoles...)

6 / En quoi vos actions, vos projets (Projet de pôle, Projet de service) que vous réalisez, portez en qualité de CSS ou CS peuvent-ils influencer, agir ou pas sur le fonctionnement du GHT ?

Sur sa performance ? Pourquoi ? Et comment ?

7 / Ressentez-vous une forme de fierté d'appartenir au GHT, à votre établissement, à votre unité de soins ? Si oui, comment cela s'exprime-t-il ? (Via les réseaux sociaux : publication, présentation de travaux aux collectifs, en congrès...)

8 / En quoi le travail en collaboration et en coopération au sein d'un GHT (multisites) peut-il être source de motivations pour aller encore plus loin dans de nouvelles organisations, nouvelles activités ?

(Diversités des cultures, optimisation et mise en commun des ressources, partages d'expériences, amélioration des flux patients, création de nouvelles filières et parcours de soins, etc....)

9 / En quoi l'image, la renommée ou la réputation de l'établissement ou du GHT vous importe ? Quelles actions menez-vous à votre niveau pour entretenir, créer, initier une image positive ?

10 / Avez-vous des propositions d'actions ou de piste de réflexions pour développer l'émergence d'un sentiment d'appartenance GHT ?

Annexe II

GUIDE D'ENTRETIEN DS/CGS

Je mène actuellement dans le cadre de ma formation de Directeur des Soins à l'EHESP, un travail de recherche avec un mémoire professionnel abordant l'appartenance des professionnels au sein des GHT et en quoi le DS/CGS peut-il être un acteur clef contributif dans la construction et l'émergence de celle-ci, dans une dynamique territoriale au service des établissements parties et support

Je tiens à préciser que cet entretien est anonyme et confidentiel

1 / Descriptif Du GHT :

Nombre et catégories de personnels

Situation géographique des différents établissements (éloignements)

Origine du GHT, histoire, date et modalités de sa constitution, de sa construction

Activités du GHT et ses spécificités

Composition du GHT (structures, liens (hiérarchiques et fonctionnels) entre les différents établissements parties et support, +/- établissement recours CHU)

Moyens de communication mobilisés, existants

Modalités de partages (réunions ? A quelles fréquences ? Visioconf ? Dans les établissements parties ?)

En étant le plus factuel possible et le plus concret :

2 / Citez 3 moments +/- récents où vous avez identifié un sentiment d'appartenance du ou des établissements au GHT :

Pourquoi ? Comment cela s'est-il exprimé ? Sous quelle forme ?

3 / Citez 3 moments +/- récents où vous avez identifié pour le ou les établissement(s) partie(s) qu'il n'existait pas de sentiment d'appartenance au GHT

⋮

Pourquoi ? Comment cela s'est-il exprimé ? Sous quelle forme ?

4 / Quels moyens, quelles actions, ont été mis en œuvre pour initier, réaliser, entretenir des liens au sein du GHT ? Echanges, partages dans une atmosphère conviviale ?

5 / Quels outils, organisations existent-ils pour créer des moments de partages formels conviviaux (importance des relations humaines en directe) dans le GHT ?

Quelles modalités (chaque établissement accueille à tour de rôle le CoStrat, les réunions inhérentes à un site se réalise sur site ? Existe-t-il des réunions, des groupes de travail

multisites ? Existe-t-il un SI commun permettant des partages d'informations, d'expériences, de pratiques, de protocoles...)

6 / En quoi vos actions, vos projets (Projet d'établissement, Projet de soins, PMS) que vous réalisez, portez en qualité de CGS, DS, ou DG peuvent-ils influencer, agir ou pas sur le fonctionnement du GHT ? Sur sa performance ? Pourquoi ? Et comment ?

7 / Ressentez-vous une forme de fierté d'appartenir au GHT, à votre établissement ? Si oui, comment cela s'exprime-t-il ?
(Via les réseaux sociaux : publication, présentation de travaux aux collectifs, en congrès...)

8 / En quoi le travail en collaboration et en coopération au sein d'un GHT (multisites) peut-il être source de nouvelles motivations pour aller encore plus loin dans les organisations ?
(Diversités des cultures, optimisation et mise en commun des ressources, partages d'expériences, etc..)

9 / En quoi l'image, la renommée ou la réputation de l'établissement ou du GHT vous importe ? Quelles actions menez-vous à votre niveau pour entretenir, créer, initier une image positive ?

10 / Avez-vous des propositions d'actions ou de piste de réflexions pour développer l'émergence d'un sentiment d'appartenance GHT ?

Annexe III

Grille de recueil des entretiens CGS/DS

	CGS et DS N° Date de l'entretien
<p>Pour vous, qu'est ce qui fait l'appartenance des agents dans votre équipe ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Citez 3 moments +/- récents où vous avez identifié un sentiment d'appartenance positif dans votre GHT : (Pourquoi ? Comment cela s'est-il exprimé ? Sous quelle forme ?) 2. Citez 3 moments +/- récents où vous n'avez pas senti de sentiment d'appartenance positif dans votre GHT : (Pourquoi ? Comment cela s'est-il exprimé ? Sous quelle forme ?) 	
<p>Que faites-vous pour contribuer à cette appartenance ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Quels moyens, quelles actions, avez-vous mis en œuvre pour initier, réaliser, entretenir des liens au sein du GHT ? Echanges, partages dans une atmosphère conviviale ? 4. Que faites-vous pour créer des moments de partages formels de convivialité (importance des relations humaines en directe) dans le GHT ? A quelle fréquence ? Quelles modalités (chaque établissement accueille à tour de rôle le CoStra, les réunions inhérentes à un site se réalise sur site ? Quelles modalités (existe-t-il des réunions, des groupes de travail multisites ? Un SI commun permettant des partages d'expériences, de pratiques, de protocoles...) 	
<p>Pour vous, quels éléments managériaux peuvent contribuer pour favoriser l'appartenance territoire ? (Leadership, Culture d'entreprise, Culture Hospitalière...)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. En quoi vos actions, vos projets (Projet d'établissement, Projet de soins, PMS) que vous réalisez, portez en qualité de CGS, DS, ont-ils un impact positif (stimulant) sur le fonctionnement du GHT ? Sur sa performance ? Pourquoi ? Et comment ? 6. Ressentez-vous une forme de fierté d'exprimer votre appartenance au GHT ? Si oui, comment cela s'exprime-t-il ? (Via les réseaux sociaux : publication, présentation de travaux aux collectifs, en congrès...) 7. En quoi le travail en collaboration et en coopération au sein d'un GHT (multisites) peut-il être source de motivations pour aller encore plus loin dans de nouvelles organisations, nouvelles activités ? (Diversités des cultures, optimisation et mise en commun des ressources, partages d'expériences, amélioration des flux patients, création de nouvelles filières et parcours de soins, etc....) 8. En quoi l'image, la renommée ou la réputation de l'établissement ou du GHT vous importe ? Quelles actions menez-vous à votre niveau pour œuvrer vers une image positive ? <p>Avez-vous des propositions d'actions ou de piste de réflexions pour développer l'émergence d'un sentiment d'appartenance GHT ?</p>	

Annexe IV

Grille de recueil des entretiens CS/CSS

	CSS et CS N° Date de l'entretien
<p>Pour vous, qu'est ce qui fait l'appartenance des agents dans votre équipe ?</p> <p>1. Citez 3 moments +/- récents où vous avez identifié pour votre pôle, votre unité de soins, un sentiment d'appartenance au GHT :</p> <p>2. Citez 3 moments +/- récents où vous avez identifié pour votre pôle, votre unité de soins, qu'il n'existait pas de sentiment d'appartenance au GHT :</p>	
<p>Que faites-vous pour contribuer à cette appartenance ?</p> <p>3. Quels moyens, quelles actions, ont été mis en œuvre pour initier, réaliser, entretenir des liens au sein du GHT ? Existence d'un espace d'échanges, de partages dans une atmosphère conviviale ?</p> <p>4. Quels outils ou organisations existent-ils pour créer des moments de partages formels conviviaux (importance des relations humaines en directe) dans le GHT ?</p> <p>5. Quelles modalités (existe-t-il des réunions, des groupes de travail multisites ? Un SI commun permettant des partages d'expériences, de pratiques, de protocoles...)</p>	
<p>Pour vous, quels éléments managériaux peuvent contribuer pour favoriser l'appartenance territoire ? (Leadership, Culture d'entreprise, Culture Hospitalière...)</p> <p>1. Ressentez-vous une forme de fierté d'appartenir au GHT, à votre établissement, à votre unité de soins ? Si oui, comment cela s'exprime-t-il ? (Via les réseaux sociaux : publication, présentation de travaux aux collectifs, en congrès...)</p> <p>2. En quoi le travail en collaboration et en coopération au sein d'un GHT (multisites) peut-il être source de motivations pour aller encore plus loin dans de nouvelles organisations, nouvelles activités ? (Diversités des cultures, optimisation et mise en commun des ressources, partages d'expériences, amélioration des flux patients, création de nouvelles filières et parcours de soins, etc....)</p> <p>3. En quoi l'image, la renommée ou la réputation de l'établissement ou du GHT vous importe ? Quelles actions menez-vous à votre niveau pour entretenir, créer, initier une image positive ?</p> <p>Avez-vous des propositions d'actions ou de piste de réflexions pour développer l'émergence d'un sentiment d'appartenance GHT ?</p>	

Annexe V

Grille commune d'analyse des entretiens
Cadre de santé et Cadre Supérieurs de Santé
Directeur des Soins et Coordonnateur Général des Soins

	DS/CGS CSS et CS N° Date de l'entretien
<p>Critères d'inclusion : Qu'est ce qui fait l'appartenance des agents dans votre équipe ?</p> <p>6. Lieux d'exercice, liens fonctionnels</p> <p>7. L'activité</p>	
<p>Comment créer de l'appartenance ?</p> <p>8. Conduites de projets partagés</p> <p>9. Outils et modes communicationnels partagés</p> <p>10. Espaces et moments de partages, d'échanges</p>	
<p>Quels éléments managériaux peuvent favoriser une appartenance au GHT ? (Leadership, Culture d'entreprise, Culture Hospitalière...)</p> <p>11. Ancrage professionnel, social, territorial, historique, culturel et identitaire</p> <p>12. Une connaissance et reconnaissance des individualités et singularités</p> <p>13. Un leadership</p> <p>14. Une Culture d'Entreprise dans la continuité de la Culture Hospitalière</p>	

Annexe VI

Tableau descriptif des deux GHT

GHT	Etablissement	Place dans le GHT	Mode de Direction	Activités	lits et places	distance en km avec l'établissement support
GHT 1	CH 1.1	Support	Direction Commune	MCO, Gériatologie moyen séjours, EHPAD, HAD	677	
	CH 1.2	Partie		Moyen et long séjour gériatrique	119	32
	CH 1.3	Partie		médecine, SSR, EHPAD, SSIAD	257	14,5
	CH 1.4	Partie	Direction autonome	MCO, Court séjour gériatrique, Soins de suites et réadaptation, Soins de suites et réadaptation gériatrique, Hôpital de jour, EHPAD	415	14,8
	CH 1.5	Partie	Direction Commune	Médecine, Moyen séjour et EHPAD	114	26,3
	CH 1.6	Partie		Moyen séjour, EHPAD, SSIAD	106	24
GHT 2	CH 2.1	Support	DIRECTION COMMUNE	MCO	668	
	CH2.2	Parties		MCO	294	33
	Hôpital de proximité 2.3	Parties		USLD, Consultations spécialisées externes et Internes	348	21
	Hôpital de proximité 2.2	Parties		EHPAD SSR	145	27
	EHPAD 2.5	Parties		EHPAD	84	23
	CH 2.6	Parties		Direction autonome	EPSM	300
	CH 2.7	Parties	DIRECTION COMMUNE	MCO/Courts séjours, SSR USLD, EHPAD	291	16
	CH 2.8	Parties		MCO/Courts séjours, SSR USLD, EHPAD	222	24

BOURDUGE

Maurice

Décembre 2020

Filière Directeur des Soins

Promotion Caroline AIGLE 2020

Le Directeur/Coordonnateur Général des Soins : Un acteur clef dans le développement d'un sentiment d'appartenance au GHT

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Rennes

Résumé :

Depuis près de 50 ans le système de santé français s'est régulièrement transformé, suscitant à chaque fois des craintes de pertes de repères, de sens de la part du personnel hospitalier. Ainsi, les réformes ont modifié les organisations des établissements publics de santé pour apporter une offre de soins cohérente et pertinente. Depuis 2016, les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) se sont construits non sans mal. Aujourd'hui la France compte 136 GHT, de tailles et de compositions très diverses. De plus le GHT, élément composite par nature, bien que réuni par une convention constitutive, a encore du mal aujourd'hui à bien fonctionner, par un manque d'unité. Les distances, les Cultures et les divers ancrages ne sont-ils pas autant d'éléments qui peuvent entraver l'appartenance des établissements de santé au GHT et la collaboration inter-sites ? La connaissance et la reconnaissance des cadres de santé et du personnel paramédical dans le GHT, ne passeraient-elles par l'acculturation et l'acceptation de leur établissement par les autres ? Enfin, cette appartenance multiculturelle, pluriprofessionnelle et multisites, ne pourrait-elle pas contribuer à améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins ? Nous retenons l'hypothèse selon laquelle les établissements parties et leur personnels soignants ont le sentiment de perte d'appartenance lié au pilotage de la politique institutionnelle conduite à distance de leur hôpital. Ainsi, s'inscrire dans une nouvelle entité pour créer une nouvelle appartenance sans perdre de sa singularité permettrait aux cadres de santé et aux personnels soignants de faire de leur posture un atout dans la prise en charge des patients par l'existence de liens et de liant réunissant les divers établissements du GHT. Nous abordons à travers un cadre théorique et conceptuel les appartenances et les identités afin de préciser notre objet de recherche : « le Directeur Coordonnateur des Soins est un acteur clef dans le développement d'un sentiment d'appartenance au sein du GHT pour les personnels soignants ». Puis notre enquête nous a apporté des éléments exploitables permettant de modéliser une construction d'appartenance territoriale comme levier de pilotage pour le DS/CGS selon cinq préconisations pour faire émerger un climat de confiance par le partage de mêmes valeurs, la participation à des travaux fédérateurs, l'accompagnement des encadrants, une communication efficace, adaptée et continue, dans une dynamique à impulser et à porter pour connaître et reconnaître les différents acteurs de santé impliqués. Enfin quelles que soient les perspectives à venir du GHT, nous préconisons le respect de l'identité, de l'appartenance et de la singularité de chacune des parties membres pour ne pas les déculturer mais bien les acculturer.

Mots clés :

Acculturation, Appartenance, Cohérence, Cohésion, Collaboration, Communication, Coopération, Coordonnateur Général des Soins, Déculturation, Directeur des Soins, Groupement Hospitalier de Territoire, Identité, Territoire

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.