



Filière Directeur des soins

Promotion : **Théodore Monod - 2023**

Date du Jury : **Novembre 2023**

**Directeurs des Soins à l'échelle d'un GHT :
obligation de travailler ensemble ou
choix partagé de coopération ?**

Xavier D'HONT

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier les Directeurs des Soins qui ont accepté, malgré des emplois du temps très chargés, de m'accorder de leur temps afin de participer aux entretiens organisés dans le cadre de ce travail.

Je remercie également Mme Catherine MULLER, Directrice des Soins qui, en tant que directrice de mémoire, a contribué à la réalisation de ce travail par son accompagnement, ses questionnements et conseils avisés.

Je souhaite également remercier mes collègues de promotion pour les temps d'échanges et de partage, qui ont contribué à la réussite de cette année.

Enfin, je remercie ma femme Marie-Violette et mes filles Candice et Capucine, pour leur soutien et la patience dont elles ont fait preuve à mon égard depuis le début de la préparation au concours et tout au long de cette année de formation.

*« Se réunir est un début,
rester ensemble est un progrès,
travailler ensemble est la réussite. »*

Henry Ford

Sommaire

Introduction	1
1 Territorialisation de l'offre de soins.....	4
1.1 Les coopérations hospitalières : une nécessité en réponse à l'organisation territoriale de l'offre de soins	4
1.1.1 Genèse et évolution des coopérations hospitalières en France.....	4
1.1.2 Le GHT, un dispositif aux profils variés	5
1.1.3 Des éléments structurants pour permettre aux GHT d'assurer leurs missions	6
1.2 Vers une gouvernance territoriale cadrée par la réglementation.....	7
1.2.1 Modification de la gouvernance et du rôle des managers au sein des GHT ..	7
1.2.2 Des instances réunissant les différents acteurs pour décider dans le GHT ..	7
1.2.3 Evolution de la place du Directeur des Soins dans la gouvernance hospitalière	8
2 Le Directeur des Soins : d'un exercice isolé à un exercice collectif.....	11
2.1 La coopération : comment et pourquoi ?	11
2.1.1 Approches conceptuelles de la coopération	11
2.1.2 Des freins qu'il convient de dépasser et des leviers à actionner	12
2.1.3 Des liens à construire par le Directeur des Soins au sein du GHT.....	13
2.2 La dynamique collective ou comment fonctionner en équipe ?	14
2.2.1 Définition et caractéristiques d'une équipe	14
2.2.2 Fonctionnement en équipe et avantages pour l'individu et l'organisation ...	16
2.2.3 Dysfonctionnements et leviers au fonctionnement en équipe	18
3 Enquête exploratoire.....	20
4 Enquête terrain	22
4.1 Méthodologie de l'enquête	22
4.1.1 Choix de l'outil.....	22
4.1.2 Choix de la population enquêtée	23
4.1.3 Difficultés rencontrées et limites de l'étude.....	24
4.2 Résultats de l'enquête.....	24

4.2.1	Travailler en commun dans le cadre de la CSIRMTG	25
A)	Des jalons pour les Directeurs des Soins à l'échelle du GHT.....	25
a)	Des fonctionnements variables selon les groupements	25
b)	Le président de la CSIRMTG, un acteur essentiel	25
c)	Un fonctionnement tourné vers les échanges et le partage.....	27
B)	La CSIRMTG, une instance qui rapproche les Directeurs des Soins du territoire ?.....	29
a)	Se connaître pour créer du lien entre les acteurs.....	29
b)	La CSIRMTG : une valeur ajoutée pour les Directeurs des Soins.....	31
c)	Des craintes et des enjeux individuels à dépasser.....	33
4.2.2	Directeurs des Soins dans les GHT : groupe ou véritable équipe ?	34
A)	Une maturation variable selon les GHT	35
a)	Tous les GHT ne sont pas au même stade.....	35
b)	Des freins au fonctionnement en équipe.....	38
c)	Des leviers activés dans certains groupements pour dépasser les freins....	39
B)	Vers des modèles davantage intégratifs pour faciliter la coopération des Directeurs des Soins au sein des GHT ?.....	41
a)	La CSIRMTUG : un modèle controversé.....	41
b)	Apports des directions communes sur la dynamique territoriale.....	42
4.3	Synthèse	44
5	Préconisations.....	46
5.1	Favoriser une gouvernance partagée à l'échelle du groupement.....	46
5.1.1	Impliquer les établissements parties dans la dynamique territoriale.....	46
5.1.2	Structurer la CSIRMTG dans une démarche participative.....	47
5.1.3	Adapter le modèle de gouvernance au contexte du territoire : quid des établissements en direction commune	48
5.2	Etablir un environnement propice à la coopération entre Directeurs des Soins au sein du territoire	49
5.2.1	Le PCSIRMTG, un acteur de premier ordre.....	49
5.2.2	Se réunir autour de la CSIRMTG mais pas que... ..	50
5.2.3	Faciliter la communication et le partage d'informations.....	51

5.3	Créer et maintenir les conditions favorables au fonctionnement en équipe territoriale de Directeurs des Soins	52
5.3.1	Dédier des moyens afin d'assurer une animation territoriale efficace	52
5.3.2	Renforcer la cohésion de l'équipe de Directeurs des Soins au sein du GHT	53
5.3.3	Rassembler la communauté paramédicale.....	54
	Conclusion	55
	Bibliographie	56
	Textes législatifs et réglementaires	56
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CDUG	Commission des Usagers de Groupement
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CH	Centre Hospitalier
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMG	Commission Médicale de Groupement
CMUG	Commission Médicale Unifiée de Groupement
COSTRAT	Comité Stratégique
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSIRMTG	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Groupement
CSIRMTUG	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques Unifiée de Groupement
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DGARS	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DIM	Département d'Information Médicale
DS	Directeur des Soins
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
LMSS	Loi de Modernisation de notre Système de Santé
LOTSS	Loi d'Organisation et de Transformation du Système de Santé
PCME	Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PCMG	Président de la Commission Médicale de Groupement
PCSIRMT	Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
PCSIRMTG	Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Groupement
PMP	Projet Médical Partagé
PMSP	Projet Médico Soignant Partagé
PRS	Projet Régional de Santé

PSIRMT	Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
PSP	Projet de Soins Partagé
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Introduction

Complexité et incertitude sont des notions qui peuvent caractériser le monde dans lequel nous évoluons, comme décrit au travers de l'acronyme « VUCA »¹ introduit dans les années 1990. Dans ce contexte, il convient pour les organisations et les individus, de faire preuve d'adaptabilité et de réactivité dans le but de relever les défis présents et futurs. Le système de santé, entrant dans la catégorie des systèmes complexes, n'échappe pas à ce phénomène et se voit actuellement confronté à des enjeux sociétaux forts comportant des composantes démographiques, sociales et économiques. Le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins ou encore la maîtrise des dépenses de santé constituent de véritables défis qu'il est nécessaire de relever. Parallèlement, il convient de prendre en compte l'expression des usagers qui ont des exigences accrues envers le système de santé, en termes de participation au processus de décisions, de qualité et de sécurité des soins, de proximité de l'offre de soins ainsi que de développement d'alternatives à l'hospitalisation.

Par ailleurs, le contexte actuel, marqué particulièrement par la sortie de crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, l'explosion du coût de l'énergie et des matières premières sur fond de conflits géopolitiques internationaux et de tensions en ressources humaines, renforce la complexité et l'incertitude préexistantes. Le système de santé a été fortement marqué par la crise sanitaire qui a nécessité depuis mars 2020, une mobilisation importante des professionnels de santé, une souplesse des organisations et la compréhension des usagers. Si cette crise sanitaire a montré des limites relatives à l'organisation de notre système de santé, elle a également nécessité des formes de travail en commun renforcées entre les acteurs de santé. Ainsi, des coopérations qui pouvaient sembler impossibles jusqu'alors ont été mises en œuvre ou renforcées à différents niveaux : entre établissements sanitaires, entre établissements sanitaires et médico-sociaux ou encore entre établissements publics et privés. Ces coopérations se sont développées à différentes échelles : locale, régionale, nationale et internationale.

Force est de constater qu'il est nécessaire pour les organisations et les individus de développer leurs capacités en matière de résolution de problèmes complexes, de prise de décision rapide et de travail en équipe afin de mieux se préparer aux défis futurs.

Face aux enjeux préalablement identifiés et pour répondre à l'évolution des besoins de santé ainsi qu'aux attentes de la population en matière d'accès, de qualité et de sécurité des soins, les pouvoirs publics ont engagé des transformations du système de santé qui

¹ Monde VUCA : Volatile, Incertain, Complexe et Ambigu

ont affecté l'organisation, le fonctionnement et le positionnement des établissements de santé dans l'offre de soins ainsi que leur mode de gouvernance. Ces modifications concernent notamment les relations entre établissements de santé et plus particulièrement les coopérations développées et entretenues entre les hôpitaux.

Ainsi, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) a porté le renforcement des coopérations entre établissements de santé avec la possibilité de créer des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT). Ensuite, la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016 a instauré l'obligation pour les établissements de santé de constituer des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) dont la mise en place a induit de profondes transformations pour ces structures.

En effet, avec la mise en place des GHT, le législateur a contraint les établissements de santé à coopérer, ce qui n'était pas forcément une réalité même si diverses incitations en ce sens ont été établies depuis un certain nombre d'années. Il s'agit alors de permettre aux établissements, de développer une approche territoriale de la santé visant à promouvoir une offre de soins graduée au niveau du territoire, une médecine de parcours et de favoriser un exercice collectif et coordonné.

En ce sens, la planification sanitaire qui vise à distribuer équitablement les services de santé aux populations, s'inscrit dans une politique d'aménagement du territoire destinée à assurer l'efficacité du système de santé, à maîtriser les dépenses publiques et à rendre l'offre de soins accessible à tous en tentant de réduire les inégalités territoriales de santé.

Par son ouverture sur le territoire, l'hôpital a vu son rôle et sa place évoluer afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins de santé de la population et d'offrir aux usagers du territoire, une égalité d'accès à des soins pertinents, de qualité et en toute sécurité.

Ces évolutions structurelles du système de santé et de la place de l'hôpital ont induit des modifications du rôle des acteurs de santé ainsi que du positionnement et des missions des managers de santé. Par conséquent, depuis la mise en place des GHT, les dirigeants hospitaliers ont vu leur exercice partagé entre des missions au sein de leur établissement de rattachement et au niveau du territoire.

De plus, la LMSS affiche la volonté de favoriser pour les dirigeants hospitaliers, un mode d'exercice davantage collectif et coordonné au niveau du GHT.

Nous pouvons alors nous demander ce qu'il en est pour les Directeurs des Soins (DS).

La création des GHT a nécessité la mise en place d'une gouvernance et d'instances territoriales qui mobilisent, au sein de chaque établissement membre, les équipes de direction dont le DS est partie prenante.

En ce sens, nous pouvons débiter notre questionnement par la question de départ suivante :

« Quelle est la place du Directeur des Soins au sein d'un Groupement Hospitalier de Territoire ? »

Afin de répondre à cette question, nous expliciterons dans une première partie conceptuelle, les notions et concepts mis en jeu.

Ainsi, nous aborderons tout d'abord la notion de coopération hospitalière et détaillerons le mode de fonctionnement des GHT ainsi que la gouvernance territoriale mise en place.

Ensuite, nous expliciterons le concept de coopération, ses freins et leviers puis aborderons les notions de dynamique collective et d'équipe avec ses caractéristiques et modalités de fonctionnement.

Au terme du cadre conceptuel, et au regard des éléments apportés par l'enquête exploratoire, nous pourrions formuler une question de recherche et les hypothèses qui en découlent.

Dans une seconde partie, afin de valider ou d'invalider les hypothèses formulées, nous détaillerons la méthodologie de l'enquête menée sur le terrain et développerons l'analyse qui en résulte.

Enfin, nous proposerons au regard des conclusions de l'enquête et des éléments conceptuels, des préconisations pour notre futur exercice en tant que Directeur des Soins.

1 Territorialisation de l'offre de soins

La planification sanitaire s'est progressivement régionalisée afin de mieux répondre aux besoins de santé des populations desservies. Pour ce faire, les Agences Régionales de Santé (ARS) organisent en région, l'offre de soins hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux sur la base des procédures d'autorisation fondées sur les Programmes Régionaux de Santé (PRS) ainsi que sur les modalités juridiques de coopération entre établissements publics de santé ou entre établissements publics et privés.

1.1 Les coopérations hospitalières : une nécessité en réponse à l'organisation territoriale de l'offre de soins

1.1.1 Genèse et évolution des coopérations hospitalières en France

Depuis de nombreuses années, les établissements de santé sont incités à coopérer. En effet, la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière propose, au sein des secteurs sanitaires, une coopération inter-hospitalière entre établissements publics sous la forme de syndicats inter-hospitaliers.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, renforce les coopérations hospitalières par la révision des syndicats inter-hospitaliers et la création des Groupements d'Intérêt Economique (GIE) et des Groupements d'Intérêt Public (GIP).

Ensuite, l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée instaure les communautés d'établissements de santé, instance de concertation entre établissements assurant le service public hospitalier au sein des secteurs sanitaires et introduit les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) qui visent à mettre en commun des moyens et favorisent ainsi les coopérations entre établissements publics et privés.

Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de 3^{ème} génération² (en vigueur de 2006 à 2011) ont consolidé les complémentarités, les coopérations et articulations entre les acteurs du système de santé afin de garantir une meilleure adéquation entre l'offre de soins et les besoins réels de la population.

La territorialisation est aussi renforcée par l'incitation faite aux établissements publics et privés d'un même territoire, de mettre en place un projet médical de territoire.

En 2009, la loi HPST redéfinit la gouvernance des établissements de santé et favorise, par la création des CHT, les coopérations entre établissements publics de santé qui sont invités à mettre en œuvre une stratégie commune et à gérer certaines fonctions et activités sur la base de délégations ou de transferts de compétence formalisés dans une convention.

² 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

Devant l'échec de ce dispositif optionnel (45 CHT ont été dénombrées en 2014 (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015)), les CHT ont été remplacées par les GHT.

1.1.2 Le GHT, un dispositif aux profils variés

L'article 107 de la LMSS crée un nouveau mode de coopération à l'échelle du territoire : le GHT qui est un dispositif conventionnel entre établissements publics de santé d'un même territoire (établissements parties) par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient. Si l'adhésion est obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2016 pour les établissements publics de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux ne sont pas soumis à cette obligation mais peuvent s'ils le souhaitent, adhérer à un groupement. De même, les établissements privés peuvent intégrer un GHT dans le cadre d'une convention de partenariat (établissement partenaire).

Le GHT vise ainsi à renforcer la territorialisation de l'offre de soins par le renforcement des coopérations hospitalières autour d'un Projet Médical Partagé (PMP), à inciter au décloisonnement des secteurs et à favoriser un exercice collectif et coordonné.

Selon le Code de la Santé Publique (CSP), le GHT assure « *la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun des fonctions ou par des transferts d'activité entre établissements* » (Article L.6132-1). Pour ce faire, un établissement désigné comme établissement support parmi les établissements parties, assure pour le compte de l'ensemble des membres, des fonctions qui lui sont obligatoirement transférées³. Il bénéficie d'un statut particulier et joue un rôle pivot au sein du GHT dont il influence la dynamique engagée (Inspection Générale des Affaires Sociales, 2019).

Malgré les missions confiées à l'établissement support et la convention constitutive qui lie les établissements membres, le GHT n'a pas de personnalité morale.

Constitués sur les bases de la configuration de l'offre hospitalière publique et des coopérations préexistantes, la composition de ces groupements est soumise à l'approbation du Directeur Général de l'ARS (DGARS). Ainsi, nous comptons à ce jour, 135 GHT de configurations très variables en termes de composition (de 2 à 20 établissements), de population desservie (de 100 000 à plus de 2,5 millions d'habitants), de budget (de 100 millions à 2 milliards d'euros) et d'effectifs (de 1200 à 25000 professionnels).

En décembre 2019, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a établi un rapport⁴ qui met en évidence l'état d'avancement différent selon les GHT, avec des degrés de mise en œuvre et une dynamique engagée variables.

Malgré ces disparités, l'IGAS souligne que les GHT ont fait progresser significativement les coopérations hospitalières et identifie certains facteurs de réussite tels que la solidité de

³ Décret n°2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L.6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire

⁴ Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire, IGAS, décembre 2019

l'établissement support, la mise à disposition de ressources adéquates ou encore un mode de fonctionnement intégré. Ce même rapport précise que les Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Groupement (CSIRMTG) ont investi le champ de la qualité et de la gestion des risques et développent une approche coordonnée de l'activité et des formations des personnels soignants du GHT.

Aussi, l'IGAS conclut dans ce rapport que la majorité des GHT est engagée dans une dynamique qui doit être soutenue et propose dans un objectif à long terme, de simplifier et d'unifier les GHT sous la forme d'un établissement de santé territorial.

1.1.3 Des éléments structurants pour permettre aux GHT d'assurer leurs missions

Les dispositions relatives aux modalités de gouvernance, d'organisation et de fonctionnement du GHT⁵ sont cadrées dans une convention constitutive établie et signée par les directeurs, Présidents de Commission Médicale d'Etablissement (PCME) et Présidents de Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (PCSIRMT) de chaque établissement partie. Conclue pour une durée de 10 ans, cette convention fait l'objet d'une concertation avec les directoires et d'un avis par les instances consultatives de chaque établissement membre. Approuvée par le DGARS, la signature de cette convention engage les établissements du GHT quant au respect des dispositions contractuelles.

Afin de cadrer le fonctionnement territorial, « *les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours* ». ⁶ Ainsi, le PMP organise en conformité avec le PRS et pour une durée de 5 ans, les activités de soins réparties entre les établissements membres dans le cadre de filières graduées et dans une logique de parcours patient.

De même, l'article R.6132-5 du CSP dispose qu'un « *projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est élaboré* ». Etabli pour 5 ans, sur la base des orientations stratégiques et de l'identification des filières de prises en charge du PMP, le Projet de Soins Partagé (PSP) comporte des éléments quant à la prise en charge globale du patient, la qualité et la sécurité des soins, la gestion des risques liés aux soins, l'évaluation des pratiques professionnelles et au développement de la recherche.

Le PSP représente un outil fédérateur qui permet au DS, de fixer les orientations aux équipes et contribue à donner du sens à leurs pratiques.

Ainsi, l'instauration des GHT a nécessité la mise en place d'une gouvernance territoriale.

⁵ Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

⁶ Code de la Santé Publique, article L.6132-1

1.2 Vers une gouvernance territoriale cadrée par la réglementation

1.2.1 Modification de la gouvernance et du rôle des managers au sein des GHT

La gouvernance territoriale mise en place suite à l'ouverture de l'hôpital sur le territoire liée à la création des GHT, induit des évolutions du positionnement et des missions des établissements de santé et de leurs acteurs dont les dirigeants hospitaliers.

Les directeurs acquièrent en effet, une responsabilité territoriale qui nécessite pour eux, d'adapter leurs modes de management afin de s'ouvrir sur le territoire et de travailler avec les autres établissements du groupement en développant un mode d'exercice coordonné et collectif. Ils conçoivent et adaptent les organisations en concertation avec les acteurs concernés et développent des projets territoriaux notamment sur la base du PMP et du PSP qui fixent au sein du GHT, les orientations en matière d'offre de soins graduée.

Ainsi « *les équipes de direction ne peuvent plus envisager leurs activités comme uniquement centrées et limitées au périmètre de leur structure initiale, mais identifier leurs actions et prises de décision à l'échelle du territoire de santé.* » (Louis-Burlat, 2017).

La gouvernance hospitalière est également marquée par un processus de médicalisation des décisions. Ainsi, l'ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital, octroie au corps médical un pouvoir de décision accru dans la gestion des établissements de santé. Plusieurs cas de codécision, forme de pouvoir partagé entre le directeur de l'établissement et le PCME sont d'ailleurs prévus.

Des instances territoriales ont également été mises en place au sein de chaque GHT.

1.2.2 Des instances réunissant les différents acteurs pour décider dans le GHT

La gouvernance du GHT repose sur 6 instances qui visent à faciliter le pilotage des établissements ainsi qu'à adapter la stratégie au regard des besoins de santé de la population desservie et des spécificités du territoire.

Nous détaillerons plus particulièrement ci-dessous, les 3 principales instances auxquelles participe le DS :

- Le Comité stratégique (Costrat)

Le Constrat est chargé de la mise en œuvre de la convention constitutive, du PMP, du PSP ainsi que de la gestion et de la conduite des différentes mutualisations.

Présidé par le directeur de l'établissement support, le Constrat est composé des directeurs, PCME et PCSIRMT de tous les établissements membres ainsi que du Président de la Commission Médicale de Groupement (PCMG), du médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM) de territoire et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale si le GHT comporte un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Le Costrat élabore le règlement intérieur du GHT soumis pour avis à la Commission Médicale de Groupement (CMG), à la CSIRMTG et à la Commission des Usagers de Groupement (CDUG)⁷.

- La Commission Médicale de Groupement (CMG)

Composée des PCME et de représentants des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques des établissements membres, la CMG est chargée d'élaborer la stratégie médicale du GHT.

Son président exerce certaines missions en propre et d'autres conjointement avec le président du Costrat, dont l'élaboration et la mise en œuvre du PMP.

- La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Groupement (CSIRMTG)

La CSIRMTG ou Commission Paramédicale de Territoire est composée des PCSIRMT de chaque établissement partie et de représentants des différentes catégories de personnels de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. La répartition des sièges et les compétences déléguées par les Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) des établissements parties sont fixées dans la convention constitutive (Article R.6132-12). Présidée par un DS, Coordonnateur Général des Soins (CGS) désigné par le directeur de l'établissement support, la CSIRMTG émet des avis transmis au Costrat et à chaque CSIRMT d'établissement du groupement.

Par ailleurs, 3 autres instances territoriales mobilisent le DS en tant que membre ou invité. Ainsi, le DS est membre de la conférence territoriale de dialogue social en tant que Président de la CSIRMTG (PCSIRMTG) et peut être invité à la CDUG et au Comité Territorial des Elus Locaux (CTEL).

La gouvernance territoriale associe donc les acteurs et partenaires qui interviennent dans le cadre des missions du GHT et notamment l'établissement support qui bénéficie d'un positionnement spécifique au sein du territoire.

Qu'en est-il de la place du DS dans cette gouvernance ?

1.2.3 Evolution de la place du Directeur des Soins dans la gouvernance hospitalière

La mise en place des GHT représente une nouvelle étape concernant le mode d'exercice des DS qui ont vu leur rôle et leurs missions évoluer au fil des réformes.

En 1975, dans un contexte de pénurie d'infirmiers, le grade d'Infirmier Général est créé afin de revaloriser cette fonction et d'offrir des perspectives d'évolution professionnelle.

La loi de réforme hospitalière de 1991 porte création du Service de Soins Infirmiers et de la Commission des Soins Infirmiers dont l'Infirmier Général est le président.

⁷ Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

En 2002, le DS se substitue à l'Infirmier Général et voit s'étendre son périmètre de responsabilité à l'ensemble des professionnels paramédicaux en raison de la complexité des prises en charge et de la nécessaire coordination entre les acteurs hospitaliers (Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière).

En 2005, comme le dispose l'article L.6146-9 du CSP, « *dans chaque établissement de santé, la coordination générale des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur* » et « *une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, présidée par le coordonnateur général des soins et composée des différentes catégories de personnels de soins, est consultée sur des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire* ».

Ainsi, le décret n°2010-449 du 30 avril 2010 fixe les modalités de fonctionnement et les missions de cette instance représentative des personnels paramédicaux.

Le décret n°2002-550 modifié par le décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 charge le CGS, PCSIRMT, d'élaborer avec l'ensemble des professionnels concernés, le Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (PSIRMT).

Membre de l'équipe de direction et du directoire, président de la CSIRMT, membre d'instances réglementaires telles que la Commission Médicale d'Etablissement (CME), le DS est positionné à un niveau stratégique au sein des établissements de santé.

En 2009, la loi HPST instaure la mise en place des pôles d'activités cliniques et médico-techniques au sein des établissements de santé qui modifie les rapports entre certains acteurs et notamment la répartition des rôles entre le cadre de pôle et le DS dont le positionnement a été renforcé à un niveau stratégique. Ainsi, le référentiel métier souligne que « *le métier de directeur des soins voit ses missions renforcées au niveau stratégique, clairement identifiées, en complément des missions de niveau plus opérationnel* » (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2010).

Afin d'assurer ses missions au sein d'un établissement de santé, le DS peut, selon le profil et la taille de la structure, exercer seul ou en équipe composée de plusieurs DS. A noter que le contexte démographique du corps est actuellement marqué par la présence de postes vacants. Le nombre de DS est en effet passé de 860 en 2012 à 691 en 2022, soit une diminution de 20% en 10 ans (Centre National de Gestion, 2022).

Depuis la mise en place des GHT, le DS a vu son périmètre élargi, impliquant un positionnement à envisager tant à l'échelle d'un établissement qu'à celle du territoire. En ce sens, il développe une vision territoriale et crée des liens avec les acteurs du territoire dont notamment les autres DS du GHT.

La réglementation en vigueur cadre en partie les modalités de coopération entre DS au sein d'un groupement et ce, à travers la gouvernance et le fonctionnement des instances territoriales comme la CSIRMTG dont les modalités de fonctionnement sont notifiées dans la convention constitutive et dans le règlement intérieur de l'instance.

Les instances paramédicales (CSIRMT et CSIRMTG) permettent à leurs membres, issus des équipes soignantes de se rencontrer et de réinterroger les valeurs qu'ils souhaitent porter. Le PSP permet alors de poser des objectifs communs et fédérateurs autour de ces valeurs et de donner du sens aux actions engagées. Dans ce contexte, l'objectif pour les DS est de créer une dynamique contribuant à mettre en œuvre des prises en charge coordonnées et individualisées ainsi que d'optimiser la qualité, la sécurité et la pertinence des soins à l'échelle du groupement. Les DS ont par conséquent, un rôle d'animation territoriale visant à créer du lien, à mobiliser et à fédérer les équipes autour du PSP et à développer une culture partagée. Il apparaît donc nécessaire pour les DS, de travailler dans une dynamique commune, de partage et d'échanges afin de construire une réponse adaptée aux besoins de santé de la population. Cette dynamique est renforcée dans certains territoires par les mécanismes de fusions et la mise en place de directions communes qui représentent d'autres modalités de coopérations hospitalières.

En vue de développer cette dimension intégrative, l'ordonnance du 17 mars 2021 précise la possibilité laissée par la Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé (LOTSS), de fusionner les instances du GHT avec celles des établissements membres, en une instance unifiée de groupement.

Les GHT ont donc la possibilité de fusionner les CSIRMT de chaque établissement membre avec la CSIRMTG, en une Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques Unifiée de Groupement (CSIRMTUG). La constitution de cette instance unifiée nécessite l'accord des directeurs des établissements parties, l'avis favorable du Costrat, de la CSIRMTG et des CSIRMT de chaque établissement membre du GHT ainsi que l'autorisation du DGARS. Le fonctionnement de la CSIRMTUG est cadré de la même manière que celui de la CSIRMT avec des missions davantage tournées sur le territoire⁸. De même, une Commission Médicale Unifiée de Groupement (CMUG) peut être constituée.

D'autres mécanismes tentent de renforcer la dimension intégrative en rapprochant les acteurs ou en faisant converger les fonctionnements et outils du GHT.

En ce sens, le ministère de la santé et de la prévention précise que « *l'élaboration d'un document unique, qui serait un projet médico-soignant partagé, est à privilégier pour garantir une stratégie de prise en charge globale du patient* ».

⁸ Décret n°2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital

Ainsi, un mécanisme de convergence et de fusion du PSP et du PMP est proposé avec constitution d'un document unique, le Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP).

Enfin, le décret n°2021-675 du 27 mai 2021 ouvre la possibilité de créer une commission commune médico-soignante composée de façon paritaire de membres de la CSIRMTG et de la CMG. Associant des représentants des usagers, cette instance pourrait notamment faire des propositions de structuration des filières de soins dans le cadre du PMP ou PMSP.

Nous pouvons constater que le DS, positionné à un niveau stratégique au sein de la gouvernance territoriale, s'est vu attribuer des missions à l'échelle du GHT tout en conservant ses responsabilités au sein d'un établissement de santé. Il oscille entre son exercice en établissement et à l'échelle du territoire notamment grâce aux interactions avec les autres acteurs du système de santé.

2 Le Directeur des Soins : d'un exercice isolé à un exercice collectif

D'un exercice basé au sein d'un établissement de santé, les DS se sont ouverts sur le territoire et sont amenés à développer des formes de travail en commun à cette échelle.

2.1 La coopération : comment et pourquoi ?

La coopération est un terme fréquemment utilisé, notamment dans le secteur de la santé. Le GHT, dispositif de coopération obligatoire entre établissements de santé, en est une illustration. Nous pouvons alors nous interroger quant à la signification de ce concept.

2.1.1 Approches conceptuelles de la coopération

Le dictionnaire de langue française définit la coopération comme étant :

« *Action de coopérer, de participer à une œuvre commune ; collaboration* » Larousse

Concernant le verbe coopérer, nous trouvons la définition suivante :

« *Prendre part, concourir à une œuvre commune, contribuer, participer* » Larousse

Littéralement, la coopération correspond au fait de travailler ou de fonctionner ensemble, ce qui implique un travail en commun avec une ou plusieurs personnes dans le but de réaliser une production, une œuvre commune.

Nous pouvons remarquer que la coopération est associée au concept de collaboration dont la définition est la suivante : « *Action de participer à une œuvre avec d'autres* » Larousse
Coopération et collaboration constituent donc des formes de travail en commun visant à associer plusieurs personnes afin d'atteindre un objectif commun et partagé.

Toutefois, des nuances sont apportées par certains auteurs.

Ainsi, selon Laurent Delcourt, sociologue et historien, « *la coopération met l'accent sur le collectif plutôt que l'individuel* » (Delcourt, 2006).

Même si le collectif prévaut dans le travail coopératif, il permet à chaque individu de trouver sa place. Dans une forme de travail collaborative, c'est le collectif qui l'emporte parfois même, au détriment de l'individu.⁹

Au regard de ces éléments de définition, nous nous baserons pour la suite de ce travail, sur le concept de coopération.

La coopération est une forme de travail en commun qui nécessite « *une volonté individuelle de participer au collectif, de partager un projet commun* » et résulte alors d'un choix délibéré de l'individu (Delcourt, 2006). Le travail coopératif n'est pas inné et requiert une action volontaire permettant à des individus ayant des intérêts communs, de travailler ensemble. En ce sens, la coopération s'oppose à toute forme de rivalité et de concurrence induisant un esprit de compétition. La coopération se base au contraire, sur la solidarité entre individus et « *implique la mise en commun, le partage et l'échange des ressources, des idées et des compétences apportées par chaque coopérateur/associé* » (Delcourt, 2006). De même, le préfixe CO suggère « *un rapport d'équivalence et d'équité entre les différentes parties engagées* » (Delcourt, 2006).

Selon Olivier Devillard, psychosociologue, la coopération s'envisage dans une perspective d'évolution dans le temps ; il propose un modèle avec différents stades (Devillard, 2017) :

A	Juxtaposition d'individus qui entretiennent des rapports formels. Absence de cohésion
B	Les personnes ont créé des liens entre elles
C	Début de cohésion, mise en place de pratiques communes acceptées par tous
D	Alignement sur l'objectif commun et cohésion renforcée entre les individus. Apparition de sentiments de reconnaissance et d'appartenance

La coopération peut cependant être entravée par un certain nombre de freins.

2.1.2 Des freins qu'il convient de dépasser et des leviers à actionner

- Absence de consentement :

Comme abordé précédemment, les interactions sociales et les échanges induits dans le cadre du travail coopératif, doivent être librement consentis puisqu'il s'agit d'« *une relation de réciprocité équitable entre les partenaires d'un échange, dans une perspective de coévolution* » (Vander Borght, 2019).

La coopération repose sur la volonté de travailler ensemble et d'atteindre un objectif commun. L'adhésion à un GHT étant une obligation pour les établissements publics de santé, des mécanismes de résistance et un sentiment de contrainte peuvent alors naître et réduire la motivation et l'engagement des acteurs.

- Manque de confiance :

La confiance qui est « *l'idée qu'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose* » (Marzano, 2010), renvoie à la notion de réciprocité évoquée dans la définition de la coopération.

⁹ Léone De Olivera, Cadre de Santé, formatrice à l'Institut de Formation des Cadres de Santé du CHU de Lille, support de cours intitulé « Travailler ensemble » - Année 2023

Inexistante au début d'une relation en raison de l'insécurité générée, la confiance se développe grâce aux échanges et aux liens qui se créent entre les acteurs.

Le manque de confiance témoigne de la peur et de la méfiance des individus entre eux et envers les objectifs, ce qui entrave la coopération.

Lorsque les acteurs ne partagent pas le même intérêt et que des objectifs divergents voire contradictoires émergent, la recherche de consensus et le travail en coopération peuvent être compliqués à atteindre. Des enjeux liés au pouvoir et au territoire sont donc ici perceptibles. Il convient alors pour chacun, « *de dépasser son égo* » (Devillard, 2017).

- Le jeu personnel :

Le jeu personnel ou individuel nuit à la coopération dans la mesure où il s'oppose au fonctionnement collectif. En effet, l'individu conserve un comportement consistant à exercer seul, sans rapports avec autrui et sans rendre de comptes (Devillard, 2017). Ainsi, une personne habituée à agir seule n'a pas de repères quant à un mode de fonctionnement collectif, ce qui peut induire des résistances liées à la crainte d'une perte de prérogatives ou de pouvoir.

Des stratégies de type jeu personnel peuvent être retrouvées dans des contextes de concurrence tels que chez les dirigeants, les hommes politiques, les chercheurs et les personnels de direction pour qui les enjeux de pouvoir sont importants. Le jeu personnel peut également résulter d'un besoin de reconnaissance non satisfait qui induit une priorisation de stratégies personnelles par l'individu qui est alors réticent à tout mode de fonctionnement collectif. Seule la découverte des avantages et bénéfices d'une approche collective peut permettre à la personne de dépasser ce fonctionnement individuel.

Dans ce cadre, des liens sont à construire entre les acteurs.

2.1.3 Des liens à construire par le Directeur des Soins au sein du GHT

Comme évoqué précédemment, le DS est partie prenante de la dynamique de coopération territoriale et bénéficie d'un positionnement stratégique au niveau du GHT.

Au-delà de la coopération entre pairs, il est nécessaire de tenir compte des autres professionnels avec lesquels le DS est amené à travailler dans le cadre du groupement.

Ainsi, directeurs, directeurs adjoints, PCME représentent des interlocuteurs privilégiés pour le DS dans l'exercice de ses missions territoriales. En effet, l'organisation et le fonctionnement du GHT nécessitent ou imposent aux DS, de travailler en commun entre eux et avec ces professionnels notamment au travers de la gouvernance territoriale.

Afin de pouvoir établir ces relations, de contribuer au bon fonctionnement de son établissement et de servir les intérêts du GHT, il convient pour le DS, de prendre en compte et de respecter un certain nombre de critères.

Tout d'abord, il apparaît important d'établir un climat de confiance mutuelle afin de construire des relations solides et de faciliter la compréhension mutuelle entre les individus.

Il s'agit alors de reconnaître et de valoriser les contributions individuelles et de faire preuve de transparence, d'honnêteté, d'intégrité et de respect (Devillard, 2017).

En effet, la confiance est l'une des conditions de la réussite de la coopération qui peut être traitée comme un processus dans la mesure où elle se construit (Verrier & Nicolas, 2020).

De même, il est important d'établir une communication claire, transparente et ouverte ainsi que d'encourager les individus à partager leurs idées, opinions et préoccupations de manière constructive et de savoir recevoir des commentaires de la part des autres et ce, dans un processus de co-construction. Une telle communication permet de favoriser la compréhension mutuelle en ce qui concerne notamment l'objectif commun et de déployer des stratégies permettant de l'atteindre.

Si la coopération revêt des enjeux forts dans la dynamique collective, il est nécessaire pour les individus concernés de formaliser ce mode de fonctionnement en un mode socialement reconnu : l'équipe.

2.2 La dynamique collective ou comment fonctionner en équipe ?

Le fonctionnement en équipe même s'il est très ancien, apparaît comme une réponse d'avenir à la situation actuelle. En effet, « *l'équipe est la configuration la plus stimulante, c'est la seule qui puisse répondre à toutes sortes d'enjeux* » (Devillard, 2017).

2.2.1 Définition et caractéristiques d'une équipe

Plusieurs définitions de l'équipe peuvent être retrouvées dans la littérature :

« *Ensemble de personnes travaillant à une même tâche* » Larousse

« *Groupe humain restreint organisé en perspective d'un enjeu : projet, performance difficile, tournoi, etc.* » (Devillard, 2017)

S'agissant des groupes humains, en référence à la psychologie sociale, plusieurs catégories peuvent être identifiées : petits groupes (3 à 5 personnes), groupes restreints (12 personnes maximum) et grands groupes (plus de 12 personnes jusqu'à la foule).

Ainsi, l'équipe peut être de petite ou de grande taille mais le nombre idéal de membres se situe entre 6 et 9 personnes (Devillard, 2017).

A noter que l'équipe possède les caractéristiques des groupes primaires dans lesquels les relations sont directes et au sein desquels règne une unité d'esprit et d'action. « *Ce qui compte alors, c'est la qualité de la relation et la communauté de but* » (Mucchielli R. , 1975).

Ainsi, nous pouvons dire que l'équipe, composée de plusieurs personnes qui œuvrent à une tâche commune (idéalement entre 6 et 9), se distingue d'un simple groupe notamment par son organisation et sa dynamique dans le but d'atteindre un objectif commun.

Afin d'être efficace et de pouvoir atteindre les objectifs fixés, il convient de prendre en compte et de respecter certaines caractéristiques du fonctionnement d'une équipe.

La convergence des efforts de chaque membre doit être soutenue par une coopération basée sur des interactions effectives.

La coopération représente donc une première composante du fonctionnement en équipe.

Les membres de l'équipe agissent en interactions, se reconnaissent mutuellement et travaillent ensemble pour atteindre un objectif commun, ce qui contribue à développer une autre caractéristique de l'équipe : la cohésion.

Roger Mucchielli précise que la cohésion est « *la résultante de l'ensemble des forces qui agissent sur les membres pour les faire rester dans le groupe, pour les inciter à participer et à coopérer, pour les rendre solidaires. Une même motivation et une identité d'objectifs, jointes à la confiance mutuelle, à la confiance dans le groupe et dans son organisation s'expriment, au niveau du groupe, par la cohésion* ». (Mucchielli R. , 1975).

La cohésion renforce la motivation, la satisfaction et l'engagement commun envers les objectifs. Le sentiment d'appartenance induit facilite quant à lui, la coopération entre les membres de l'équipe.

Par ailleurs, selon Olivier Devillard, le leadership partagé est une caractéristique des équipes efficaces. En effet, le leadership ne doit pas être réservé à une seule personne mais partagé entre les membres de l'équipe selon leurs compétences et domaines d'expertise. Chacun doit pouvoir prendre des initiatives et jouer un rôle de leader selon les besoins et situations. Chaque membre de l'équipe est alors valorisé et impliqué dans le processus de prise de décision, ce qui renforce leur responsabilisation. En ce sens, la co-responsabilité est une autre pratique cohésive qui concourt au fonctionnement de l'équipe. Ainsi, la responsabilité s'exerce à plusieurs et toute action d'un membre induit un effet sur l'autre. Chaque membre de l'équipe doit alors porter et assumer sa part de responsabilité dans la réalisation des missions et l'atteinte de l'objectif.

La co-responsabilité concerne tant la responsabilité envers la tâche que la responsabilité vis-à-vis des autres membres de l'équipe et contribue au renforcement de l'engagement de chaque membre envers l'équipe. Le résultat est porté collectivement puisque la production est une co-production et la responsabilité une co-responsabilité (Devillard, 2017).

Enfin, pour faciliter son fonctionnement, l'équipe établit des normes et des valeurs communes qui contribuent à définir sa culture et à guider le comportement de ses membres. Même si elles ne sont généralement pas formalisées et font l'objet d'un accord implicite, ces règles servent de point de référence sur le plan individuel et guident les membres de l'équipe quant à la gestion de leurs relations. Ces normes et valeurs contribuent également à la dynamique de l'équipe ainsi qu'à maintenir et à renforcer son identité et son unité.

Du fait de ses caractéristiques, le fonctionnement en équipe présente un certain nombre d'avantages pour ses membres et pour l'organisation.

2.2.2 Fonctionnement en équipe et avantages pour l'individu et l'organisation

La constitution d'une équipe nécessite un processus de transformation dont le groupe représente la première étape et requiert un engagement constant de ses membres qui mettent en commun leurs compétences pour atteindre un objectif partagé.

Afin de se constituer en équipe et fonctionner de manière efficace, le groupe va suivre une évolution composée de 5 stades de maturité (Devilleard, 2017) :

- **Stade A : Stade de latence ou de juxtaposition** : il existe un rassemblement d'individus, juxtaposés qui n'ont que peu d'interactions entre eux et se méfient les uns des autres. Il n'existe pas de réelle équipe dans la mesure où les objectifs restent individuels et qu'il n'y a pas de sentiment d'appartenance, ni de cohésion ou d'engagement. Le fonctionnement est cloisonné et basé sur les individus. Les valeurs sont celles du fonctionnement individuel.
- **Stade B : Appartenance** : le groupe constitué est centré sur la tâche mais n'est pas formé en équipe. Le passage à ce stade résulte d'un rapprochement affectif des personnes. Les membres se reconnaissent dans une appartenance commune et des liens interpersonnels se développent mais les objectifs demeurent individuels. Il n'existe pas à ce stade de coopération entre les individus ni de co-responsabilité.
- **Stade C : Equipe constituée** : le groupe est devenu une véritable équipe qui s'identifie à un objectif commun et s'organise pour l'atteindre. Passage d'un mode de fonctionnement individuel à un mode de fonctionnement collectif basé sur une communauté de pratiques et de façons de faire. Les membres de l'équipe partagent des procédures et s'engagent dans un plan d'actions partagé ainsi que dans une démarche de coopération.
- **Stade D : Action concertée** : l'équipe est constituée et une dynamique collective est en place. Le fonctionnement collectif est réel et l'équipe est une entité unifiée. Il existe une focalisation de tous les instants sur l'objectif commun qui est pris en considération. Un sentiment de cohérence est présent et l'engagement des membres de l'équipe est complet. Ils vont plus loin dans les pratiques cohésives et le développement de la co-responsabilité et se situent dans une perspective d'optimisation (effet multiplicateur).
- **Stade E : Intelligence collective** : l'unité de fonctionnement est acquise et les membres de l'équipe se partagent le leadership. L'équipe cherche à mettre sa cohésion au service des différents talents et de ses membres. Il s'agit davantage d'un stade d'excellence plutôt que d'un stade de maturité qui n'est que rarement atteint.

Le fonctionnement en équipe, d'autant plus lorsque l'équipe est mature, confère des avantages à ses membres et à l'organisation. En effet, la cohésion, caractéristique du fonctionnement en équipe, génère notamment l'engagement de ses membres et répond à certains de leurs besoins sociaux tels que les besoins d'appartenance et de reconnaissance.

Le travail en équipe apporte un soutien mutuel et une certaine solidarité. Il constitue aussi un facteur de motivation par la reconnaissance personnelle, l'appartenance sociale et le développement de soi. Ainsi, « *chacun peut exister aux yeux des autres* » (Devillard, 2017). De plus, « *l'appartenance de la part des membres, gage de participation et de coopération, est le vécu singulier de ce qui est cohésion au niveau groupal* » (Mucchielli R. , 1975).

La réponse au besoin d'appartenance représente un élément fondamental pour permettre à l'équipe de suivre le processus de maturation et d'assurer un fonctionnement efficace. Selon le stade de maturité atteint, les membres de l'équipe peuvent développer plus facilement des relations basées sur la confiance et le respect mutuel et ainsi construire un environnement de travail positif permettant de renforcer le sentiment d'appartenance.

Par ailleurs, des difficultés sociales, liées à un sentiment d'isolement peuvent être rencontrées. Ainsi, l'équipe représente une solution à cette problématique puisqu'elle « *tire chacun de son isolement* ». En effet, l'équipe rapproche en produisant de l'humanité et de la proximité, ce qui peut représenter un « *antidote aux difficultés psychosociales* » et par conséquent avoir un effet bénéfique sur la satisfaction au travail (Devillard, 2017).

De même, le projet d'équipe permet d'avoir une vision partagée et renforce le sentiment d'appartenance. Il constitue un élément mobilisateur qui « *soude l'équipe, développe le sens de la communauté et donne le sentiment de participer à un mouvement collectif avéré* » (Devillard, 2017). Nous avons pu aborder ces éléments dans la première partie du cadre conceptuel notamment à travers la CSIRMT et le PSP.

Par ailleurs, nous avons mis en évidence la nécessité pour les membres de l'équipe, d'identifier et de partager un objectif commun dont l'atteinte est une priorité.

En ce sens, « *la visée* » produit une perspective qui inscrit l'action de chaque membre de l'équipe dans les objectifs partagés. Les objectifs de l'entreprise et de l'équipe ainsi que les objectifs individuels s'alignent, ce qui est porteur de sens pour les membres de l'équipe (Devillard, 2017). La focalisation sur l'objectif partagé génère de la cohérence, permet de fédérer les acteurs et renforce l'engagement de chacun tout comme la recherche d'efficacité.

Lorsque les membres de l'équipe travaillent ensemble, leurs compétences, connaissances et idées se combinent pour obtenir des résultats plus probants que s'ils avaient été accomplis seuls. En effet, l'équipe « *dégage des opportunités nouvelles du fait des complémentarités qu'elle favorise* » et met en évidence des qualités qui émergent de la coopération entre plusieurs de ses membres (Devillard, 2017).

Nous pouvons également évoquer le principe de stimulation par les autres, lié à la coopération qui induit des phénomènes démultiplicateurs. Ainsi, les membres de l'équipe s'enrichissent des compétences, connaissances et expériences les uns des autres et

associent leurs efforts pour atteindre les objectifs communs. Les tâches et les missions sont alors réalisées de manière plus efficace dans la mesure où chaque membre de l'équipe représente une ressource pour les autres. Les compétences de chacun des membres ne s'additionnent pas mais se renforcent mutuellement.

De même, l'équipe est créative de par la nécessité de trouver des solutions aux problèmes rencontrés mais également par l'émulation collective induite par le mode de fonctionnement en équipe. Le processus de décision s'en trouve enrichi puisque chaque membre de l'équipe apporte des idées et des perspectives différentes afin de trouver des solutions innovantes. Les avantages et les inconvénients de chacune des solutions sont examinés sous des angles différents et font l'objet de discussions et d'échanges. Les équipes peuvent alors trouver plus rapidement que les personnes travaillant seules, des réponses efficaces aux problèmes rencontrés.

Ainsi, l'équipe favorise la créativité, la prise de décisions éclairées, l'efficacité dans l'accomplissement des tâches et le développement des compétences de ses membres.

Maurice Thevenet a d'ailleurs intitulé l'un de ses ouvrages, « *le bonheur est dans l'équipe* ». Toutefois, le fonctionnement en équipe peut générer des dysfonctionnements dont les causes peuvent empêcher l'équipe de gagner en maturité.

2.2.3 Dysfonctionnements et leviers au fonctionnement en équipe

La coopération étant une caractéristique essentielle du fonctionnement en équipe, les freins identifiés dans ce cadre, peuvent alors apparaître (Cf. 2.1.2, p12).

Ainsi, le manque de confiance et le jeu personnel sont des dysfonctionnements majeurs qui s'opposent au travail en équipe puisqu'ils ne permettent pas le partage, la transparence et la proximité nécessaires à ce mode de fonctionnement collectif. « *Sans confiance, il n'y a pas d'équipe* » précise Olivier Devillard.

D'autres dysfonctionnements au fonctionnement en équipe peuvent être identifiés.

- L'insuffisance d'élaboration :

Le manque de réflexion et de recherche de l'opinion des différents membres de l'équipe avant toute prise de décision ne permet pas de bénéficier de l'analyse collective des conséquences de cette décision ni du partage de la responsabilité.

La réflexion partagée induit en effet une co-construction d'idées au sein de l'équipe, ce qui n'est pas toujours réalisé, notamment par peur de perdre du temps. En effet, afin de gagner du temps, « *beaucoup de décisions sont prises sans réflexion* » or l'élaboration en équipe ne fait pas perdre de temps mais « *ce sont les mauvaises décisions qui créent les problèmes futurs* » (Devillard, 2017). L'erreur serait donc de ne pas prendre le temps d'élaborer les décisions importantes en équipe.

- L'excès d'exercice du pouvoir :

Le pouvoir est la capacité d'un acteur de contrôler les termes d'une relation d'échange afin qu'elle lui soit favorable. Il s'agit d'une relation et non d'un attribut (Crozier & Erhard, 1977). La personne influencée va modifier son comportement à la suite d'un effet de persuasion, par crainte ou par acceptation.

Lorsqu'un manager prend une place importante par son leadership et son charisme, les autres membres de l'équipe peuvent ne pas avoir de place et se sentir alors « écrasés » (Devillard, 2017). Ces comportements qui limitent la responsabilisation, sont démotivants pour les autres membres de l'équipe qui peuvent devenir passifs. En ce sens, il convient, au sein de l'équipe, d'accepter le pouvoir et l'influence exercés les uns sur les autres.

- La crainte du conflit :

Même si la conflictualité est normale, elle n'est cependant pas toujours acceptée. Les sources de conflits interpersonnels sont variées telles que des différences d'opinions ou de valeurs, des conflits de personnalités, des attentes non satisfaites, des malentendus, des inégalités de compétences... De même, certains facteurs influencent la survenue de conflits comme la taille de l'équipe ou la pression de conformité qui pousse les membres à conformer leur avis à l'opinion majoritaire ou à celle du leader. La normativité correspond quant à elle, à l'adhésion des membres à l'ensemble des normes, valeurs, pratiques et comportements d'un groupe qui marque son unité. Nous pouvons ici faire le lien avec les normes et valeurs établies lors de la constitution d'un groupe qui, nécessaires pour réguler et coordonner les interactions entre les membres, contribuent à éviter le conflit et la destruction du groupe.

Afin de dépasser les freins identifiés, des facteurs de réussite basés sur les bénéfices du travail collectif que nous avons abordés précédemment, peuvent être mis en avant. De même que pour la coopération, la confiance et la communication constituent notamment des leviers pour le fonctionnement en équipe (Cf. 2.1, p.11).

Par ailleurs, pour entretenir la dynamique engagée par une équipe, des signes de reconnaissance ou gratifications permettent de témoigner de l'attention portée à l'autre. Ces signes ne prennent pas nécessairement une forme pécuniaire mais peuvent aussi être de nature humaine. Il s'agit alors de reconnaître la personne et de la considérer afin de lui renvoyer une image positive d'elle-même. Le feedback qui correspond à un retour donné sur l'action, constitue avec la gratification, des potentiels de ressourcement non négligeables. Il est en effet important de reconnaître les contributions et les réalisations de chaque membre de l'équipe afin de renforcer la motivation et le sentiment d'appartenance. « *Célébrer les réussites renforce également la cohésion de l'équipe et encourage un climat positif* » (Devillard, 2017).

3 Enquête exploratoire

Afin de compléter ces recherches bibliographiques, nous avons réalisé une enquête exploratoire concernant la dynamique de travail et la coopération entre DS au sein d'un GHT. Pour ce faire, nous avons adressé un questionnaire aux élèves DS de la promotion 2023 – Théodore Monod (Cf. Annexe I) afin de savoir si les instruments réglementaires (CSIRMTG, CSIRMTUG, PSP, PMSP) sont en place au sein des GHT dans lesquels les élèves effectuent leur stage et/ou si d'autres organisations sont initiées. Il s'agit pour nous, d'enrichir et d'orienter notre réflexion quant aux caractéristiques de la coopération entre DS au sein des GHT dans le but de formuler une question de recherche et des hypothèses que nous allons ensuite explorer dans le cadre d'une enquête terrain.

Nous abordons ici, les principaux éléments issus de l'analyse de cette enquête exploratoire dont l'ensemble des résultats est disponible dans l'annexe II.

L'échantillon est constitué de 29 GHT dont la majorité comporte un CHU (16 sur 29) qui a le statut d'établissement support.

La plupart des GHT de l'échantillon (3 sur 4) organisent au moins 3 réunions de la CSIRMTG chaque année.

Un PSP est formalisé dans 2 GHT sur 3 et mis en œuvre dans les trois quarts des GHT qui en sont dotés. A noter que les GHT ayant établi un PSP ont choisi pour la majorité de le construire sous la forme d'un PMSP.

Par ailleurs, la majorité des DS organise au sein des GHT, des réunions en dehors de celles de la CSIRMTG et des groupes de travail en lien avec la mise en œuvre du PSP ou du PMSP. Ces rencontres leur permettent de partager entre eux des retours d'expériences et de se coordonner sur des thématiques telles que les ressources humaines et l'organisation des filières de prise en charge déclinées au sein du GHT.

Aussi, nous avons réalisé des croisements de questions afin de tenter d'identifier des éléments qui influencent la dynamique collective territoriale des DS.

Tout d'abord, dans la majorité des GHT dans lesquels des réunions de la CSIRMTG sont tenues, d'autres rencontres sont organisées (environ 2 GHT sur 3).

Par ailleurs, il apparaît que la présence d'un CHU est à prendre en considération pour la dynamique territoriale. En effet, au sein de l'échantillon, les GHT dans lesquels l'établissement support est un CHU, organisent moins de réunions en dehors de la CSIRMTG (2 GHT sur 5 contre 1 GHT sur 2 sans présence de CHU). Il semble donc que l'établissement support et le poids qu'il représente au sein du groupement influe sur la dynamique de coopération entre DS à l'échelle du territoire.

La fusion des CSIRMT des établissements membres du GHT avec la CSIRMTG en une CSIRMTUG semble également avoir un effet sur la dynamique engagée autour des réunions de cette instance et de la formalisation du PSP ou du PMSP. En effet, il semble que la constitution d'une CSIRMTUG représente un élément discriminant positif sur la dynamique territoriale des DS. Toutefois, l'échantillon concerné par cette relation entre instance unique et dynamique établie au sein du GHT concerne une faible part de l'échantillon (5 GHT sur 29).

Enfin, le lieu d'exercice du PCSIRMTG semble également être un autre facteur à prendre en considération. En effet, il apparaît au sein de l'échantillon, que l'exercice du PCSIRMTG en dehors de l'établissement support représente un élément discriminant positif en faveur de la dynamique territoriale engagée par les DS.

Enfin, des freins à la dynamique territoriale ont d'ores et déjà été identifiés dans le cadre de cette enquête. Ainsi, le manque de temps, l'existence de postes vacants, un contexte de fusion d'établissements ou de manque d'affinités entre personnes semblent constituer des freins à la dynamique territoriale des DS.

Ainsi, au regard des éléments issus du cadre conceptuel et des résultats de l'enquête exploratoire, nous formulons la question de recherche suivante :

« En quoi la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Groupement peut constituer un levier pour impulser une dynamique collective des Directeurs des Soins au sein d'un Groupement Hospitalier de Territoire ? »

Afin d'explorer et de répondre à cette question, nous posons les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Le positionnement du président de la CSIRMTG en dehors de l'établissement support contribue à la coopération des Directeurs des Soins du GHT

Hypothèse 2 : La mise en place d'une CSIRMT Unifiée de Groupement favorise la constitution d'une équipe de Directeurs des Soins au sein du GHT

Hypothèse 3 : Le statut de l'établissement support du GHT peut constituer un obstacle à la coopération et au fonctionnement en équipe territoriale de Directeurs des Soins.

4 Enquête terrain

4.1 Méthodologie de l'enquête

4.1.1 Choix de l'outil

Afin de répondre à la problématique posée, il convient de valider ou d'invalider les hypothèses que nous avons préalablement formulées. Pour ce faire, nous avons besoin de disposer de données qualitatives que nous allons recueillir dans le cadre d'entretiens semi-directifs.

Cette méthode nous semble effectivement la plus adaptée au regard de la problématique identifiée afin de recueillir du matériau auprès de personnes interviewées.

Les entretiens permettent en effet, d'entrer en interaction avec les enquêtés, de préciser les incompréhensions, de formuler le cas échéant des questions de relance et de rebondir sur les réponses apportées.

Afin de faciliter l'animation des entretiens, nous avons élaboré un guide d'entretien structuré en différentes parties qui permettent d'explorer des données sociales concernant la personne interviewée ainsi que différents thèmes qui nous permettront d'explorer les hypothèses formulées en vue leur validation ou non. Nous avons testé ce guide auprès d'élèves DS de la promotion 2023 et avons réajusté la formulation de certaines questions ainsi que l'organisation du guide disponible en annexe III.

Au regard de la répartition des GHT de l'échantillon sur le territoire national, nous avons mené les entretiens en présentiel ou par visio-conférence.

Lors des entretiens, nous avons tenté d'établir un climat de confiance et de faire preuve d'une écoute active avec les personnes sollicitées afin de favoriser et de faciliter les échanges. De même, nous avons formulé les questions d'une manière neutre pour ne pas influencer ni orienter les réponses. Les entretiens permettent également de déceler des éléments issus du langage non verbal afin d'appuyer certains propos.

Au terme de chaque entretien, nous avons analysé les réponses regroupées par question et identifié des verbatims.

Afin de faciliter l'analyse des entretiens, nous avons réalisé une grille nous permettant de regrouper les différents verbatims en lien avec les thèmes du guide d'entretien.

Sur la base de cette grille, nous avons nourri notre réflexion afin de pouvoir valider ou invalider les hypothèses que nous avons préalablement formulées.

4.1.2 Choix de la population enquêtée

S'agissant d'un mémoire professionnel basé sur les liens entre la CSIRMTG et la dynamique de coopération entre DS au sein des GHT, nous avons choisi d'enquêter auprès de PCSIRMTG, donc CGS exerçant dans des GHT aux profils différents eu égard aux hypothèses que nous avons posées :

- PCSIRMTG exerçant au sein de l'établissement support du GHT
- PCSIRMTG exerçant en dehors de l'établissement support du GHT
- PCSIRMTUG exerçant au sein de l'établissement support du GHT
- PCSIRMTUG exerçant en dehors de l'établissement support du GHT

Par ailleurs, nous avons décidé de mener des entretiens avec des DS/CGS n'assurant pas la présidence de la CSIRMTG afin de recueillir davantage de données concernant la dynamique de coopération au sein des GHT.

Nous avons établi un tableau reprenant le profil des DS interviewés :

N° Entretien	N° GHT	Fonction	Président CSIRMTG ?	Lieu d'exercice	Type d'Ets.	Présence CHU dans le GHT ?
1	1	CGS	OUI	Hors Ets support	CH	OUI
2	2	CGS	OUI	Hors Ets support	CH	OUI
3	3	CGS	OUI	Ets support	CH	NON
4	4	CGS	OUI	Ets support	CHU	OUI
5	5	CGS	OUI	Hors Ets support	CH	NON
6	6	CGS	OUI	Ets support	CH	NON
7	7	CGS	OUI	Hors Ets support	CH	OUI
8	4	CGS	NON	Hors Ets support	CH	OUI
9	3	DS	NON	Ets support	CH	NON
10	8	CGS	OUI	Ets support	CH	NON
11	-	CGS	NON	Hors Ets support	CH	NON
12	-	CGS	NON	Hors Ets support	CH	NON

Nous avons également établi un tableau décrivant les GHT dans lesquels les PCSIRMTG interviewés exercent :

GHT	Lieu d'exercice du PCSIRMTG		Présence d'un CHU au sein du GHT		Mise en place d'une CSIRMTUG ?		Nombre d'établissements au sein du GHT
	Etablissement support	Hors établissement support	Oui	Non	Oui	Non	
1		X	X			X	9
2		X	X			X	12
3	X			X		X	9
4	X		X			X	11
5		X		X		X	5
6	X			X	X		3
7		X	X			X	9
8	X			X	X		3

4.1.3 Difficultés rencontrées et limites de l'étude

-Difficultés :

- Nous avons sollicité les DS par voie électronique afin de convenir des rendez-vous. Si les accords de participation ont été reçus facilement, les créneaux ont été beaucoup plus compliqués à obtenir. Des relances par courriel ou par téléphone auprès des secrétariats ont dû être réalisées à plusieurs reprises. De même, certains rendez-vous ont été reportés plusieurs fois, ce qui a allongé la durée de l'enquête.

- Nous avons rencontré des difficultés avec le réseau wifi lors de certains entretiens menés en visio-conférence. Des coupures ont nécessité de relancer la connexion, ce qui a interrompu les échanges et a nécessité de reprendre la conversation.

-Limites :

L'enquête a été menée au sein de 8 GHT et ne peut être généralisée à l'ensemble des 135 groupements existants en France mais donne des orientations quant à la dynamique de coopération entre DS au sein des territoires.

Par ailleurs, nous ne sommes pas parvenu à identifier l'ensemble des profils de GHT dans lesquels nous souhaitions mener notre enquête, notamment un GHT dans lequel le PCSIRMTUG exerce en dehors de l'établissement support.

4.2 Résultats de l'enquête

Dans cette partie, nous allons présenter l'analyse des résultats de l'enquête terrain qui nous a permis d'appréhender les organisations mises en place au sein des GHT constitutifs de l'échantillon étudié. Nous proposons de rapprocher le matériau recueilli des concepts étudiés dans la première partie de notre travail.

Nous pourrions ensuite procéder à la validation ou non des hypothèses que nous avons émises au regard de notre question de recherche.

4.2.1 Travailler en commun dans le cadre de la CSIRMTG

Rappelons que la CSIRMTG est une instance qui doit se réunir obligatoirement au sein de chacun des 135 GHT répartis sur le territoire national.

A) Des jalons pour les Directeurs des Soins à l'échelle du GHT

La réglementation liée à la CSIRMTG pose certaines règles concernant l'organisation et le fonctionnement de cette instance territoriale présidée par un CGS.

a) Des fonctionnements variables selon les groupements

Même si la réglementation en vigueur porte des dispositions concernant la composition de la CSIRMTG, des spécificités existent entre les GHT. Ainsi, des représentants des membres élus des CSIRMT de chaque établissement du GHT participent en nombre variable à cette instance. Au sein de l'échantillon, le nombre de sièges varie d'un représentant par établissement à un voire plusieurs représentants par collège de chaque CSIRMT. Les membres sont, dans la majorité des cas, désignés au sein de leur instance locale ou peuvent être élus dans le cadre d'élections organisées à l'échelle du territoire.

Par ailleurs, si tous les PCSIRMT participent à la CSIRMTG, les DS (non PCSIRMT) ne sont quant à eux pas invités dans tous les GHT de l'échantillon. A noter que les Cadres Supérieurs de Santé (CSS) positionnés sur des postes vacants de CGS, participent à cette instance territoriale.

En ce qui concerne la périodicité des séances de la CSIRMTG, il est communément retenu au sein de l'échantillon, une fréquence de 3 réunions par an, identique à celles des CSIRMT¹⁰ et CSIRMTUG¹¹. L'ensemble de ces dispositions est précisé dans le règlement intérieur de l'instance.

Dans l'ensemble des GHT, la participation des membres de la CSIRMTG dont celle des DS est jugée comme satisfaisante par leurs présidents.

Même si elle est obligatoire, la CSIRMTG semble donc être une instance qui mobilise les DS et les professionnels paramédicaux au niveau du territoire et plus particulièrement les CGS, PCSIRMT de chaque établissement membre du GHT. Dans les différents modes de fonctionnement que nous avons identifiés, le PCSIRMTG joue en effet un rôle important.

b) Le président de la CSIRMTG, un acteur essentiel

Au sein de l'échantillon, nous n'avons identifié aucune règle formelle relative aux critères de sélection du PCSIRMTG et notamment concernant son lieu d'exercice.

¹⁰ Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé

¹¹ Décret n°2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital

Il apparaît dans la majorité des cas, qu'un appel à candidature a été réalisé auprès des PCSIRMT des établissements membres du groupement (support et parties) mais qu'il n'y ait eu que peu ou pas de candidats. Les DS interviewés soulignent que le choix est entériné par les PCSIRMT du GHT et validé par le directeur de l'établissement support qui détient le pouvoir de nomination en la matière.

Ainsi, au sein de notre échantillon, les PCSIRMTG exercent tant en établissement support que dans un établissement partie et ce, quelle que soit la composition du GHT (présence ou non d'un CHU, nombre d'établissements). Par conséquent, nous pouvons noter que les chefs d'établissements supports ne sont pas opposés à ce que le PCSIRMTG exerce au sein d'un établissement partie.

Nous pouvons alors nous interroger quant à la dynamique de travail entre DS en fonction du lieu d'exercice du PCSIRMTG. En effet, selon certains CGS, le fait que le président de l'instance territoriale n'exerce pas au sein de l'établissement support permet « *une décentralisation des pouvoirs* ». La majorité des PCSIRMTG, CGS et DS (non PCSIRMTG) ont insisté sur l'importance de ne pas faire reposer la gouvernance territoriale sur le seul établissement support mais que plusieurs établissements doivent être représentés et investis afin d'avoir des regards croisés et une vision globale du GHT. Un président précise d'ailleurs qu'« *il est important que l'établissement support ne soit pas le seul à porter la CSIRMTG* ». Pour ce faire, certains GHT fonctionnent avec une présidence en alternance, ce qui permet à chaque établissement de présider à tour de rôle la CSIRMTG.

De même, la nomination d'un vice-président issu d'un autre établissement que celui du président est une stratégie citée à plusieurs reprises qui permet d'impliquer dans la gouvernance territoriale, davantage de personnes issues d'établissements différents.

Il nous apparaît donc important que la CSIRMTG soit portée par plusieurs établissements du groupement. Cependant, étant donné leur composition, certains GHT peuvent être uniquement composés d'établissements en direction commune (GHT n°3, 6 et 8) dans lesquels n'exerce qu'un seul CGS (GHT n°6 et 8). La présidence revient alors au seul CGS qui travaille avec les CSS dans le cadre de l'animation territoriale et donc de la CSIRMTG. Cependant, la relation entre le PCSIRMTG et les CSS comporte un lien hiérarchique qui n'existe pas avec le PCSIRMTG et les autres DS ou CGS du GHT.

Cette nécessaire implication des différents établissements au sein de la gouvernance territoriale a été reprise au-delà de la CSIRMTG tant par les CGS que les DS. Ainsi, il apparaît que « *si la gouvernance territoriale est issue à 100% de l'établissement support, on est centré sur soi-même et on ne voit pas ce qu'il se passe ailleurs* ». Il existe alors un risque de passer à côté de sujets importants pour certains établissements et de

« démobiliser les équipes des établissements parties ». Pour cela, « l'établissement support doit écouter ce que veulent les autres établissements et se mettre à leur place ».

En effet, si chaque établissement ne se retrouve pas dans les sujets et projets portés à l'échelle du groupement, il peut en découler une démobilisation et une démotivation des acteurs et induire des effets négatifs sur la coopération entre DS au sein du GHT.

De plus, « lorsque l'établissement support gère toutes les instances territoriales, cela peut inquiéter les établissements périphériques ». Ainsi, CGS et DS estiment pour la majorité qu'il est préférable que le PCSIRMTG soit positionné en dehors de l'établissement support afin de lever certaines craintes liées au fait que « le plus gros avale le plus petit ».

La participation de plusieurs établissements à la gouvernance territoriale évite alors « le sentiment de perte d'identité car chacun participe aux projets et aux groupes de travail » ce qui « ôte l'hégémonie de l'établissement support et réinvesti les petits établissements dans un fonctionnement global ». En ce sens, « le bureau du Costrat doit être pluriel ».

Un GHT a alors décidé de répartir la présidence des instances territoriales entre les différents établissements du groupement. Les présidents du Costrat, de la CMG et de la CSIRMTG n'exercent donc pas dans le même établissement, ce qui semble faciliter le travail en commun entre les établissements et leurs acteurs.

De même, il s'agit pour le PCSIRMTG, dans le cadre d'une démarche participative, d'impulser un travail collectif dans lequel tous les DS vont se retrouver pour traiter de sujets communs. D'ailleurs, un président a exprimé le fait qu'il « est important pour le président de la CSIRMTG, de trouver des sujets communs ».

Ainsi, l'exercice du PCSIRMTG en dehors de l'établissement support et le positionnement de plusieurs établissements dans la gouvernance territoriale semblent faciliter le travail en commun des DS au sein du groupement en levant certaines craintes que peuvent ressentir les acteurs des établissements parties.

Nous pouvons par conséquent retenir des arguments en faveur de la validation de l'hypothèse n°1 selon laquelle le positionnement du PCSIRMTG en dehors de l'établissement support contribue à la coopération des Directeurs de Soins du GHT.

c) Un fonctionnement tourné vers les échanges et le partage

- L'ordre du jour de la CSIRMTG

Afin de préparer les séances de la CSIRMTG, un ordre du jour, arrêté par son président, est établi de manière collective dans tous les GHT de l'échantillon. Ce travail associe l'ensemble des PCSIRMT voire des DS, dans le cadre de réunions animées par le PCSIRMTG.

Même si ce dernier n'a pas de lien hiérarchique sur les autres CGS ou DS du GHT, il anime ces rencontres qui peuvent être organisées dans le seul but de préparer l'instance ou

correspondre à des réunions de travail intitulées « *réunion des présidents de CSIRMT* », « *réunion de coordination territoriale* » dont l'objectif dépasse la préparation de l'instance. Lorsque les DS sont également invités à ces réunions, il s'agit alors d'un « *bureau élargi* » qui rassemble l'ensemble de la communauté de DS.

Selon l'objectif visé, ces réunions sont organisées à la même fréquence que l'instance (3 à 4 fois par an) ou plus régulièrement (fréquence mensuelle ou bimensuelle).

Quelque soient la dénomination et la fréquence de ces réunions, les PCSIRMTG et DS soulignent tous la nécessité de partager, d'échanger et de réaliser des retours d'expériences : « *Nous avons besoin de nous retrouver entre pairs, d'avoir des moments de partage et d'échanges* ».

Nous pouvons donc constater que dans l'ensemble des GHT de l'échantillon, les CGS voire les DS, sont engagés dans une dynamique collective et participative visant à préparer l'instance territoriale et à répondre à certains besoins tels que partage et échanges.

- Les sujets traités

Les PCSIRMTG de l'échantillon soulignent l'importance de trouver des sujets communs qui concernent et intéressent tous les établissements du GHT et sur la nécessaire contribution de chaque établissement au fonctionnement de la CSIRMTG : « *les sujets doivent être portés par l'ensemble des établissements du GHT* ».

Selon un PCSIRMTG, les sujets traités entre l'instance territoriale et les CSIRMT de chaque établissement ne sont pas les mêmes dans la mesure où il existe des différences entre les structures et que les difficultés rencontrées ne sont pas les mêmes. Ainsi, « *certaines sujets ne concernent qu'un seul établissement* » et resteront traités à l'échelle de l'établissement. Un autre PCSIRMTG, dont les établissements sont en direction commune estime quant à lui, que la CSIRMTG « *traite des mêmes sujets que les CSIRMT mais de manière plus transversale* ». Même si les problématiques peuvent être différentes entre les établissements, la direction commune porte une politique générale qui semble faciliter le partage de sujets communs et ainsi aller plus facilement vers des objectifs partagés.

Il s'agit donc de trouver des sujets communs afin que chacun puisse s'y retrouver et en sortir des bénéfices pour son exercice au sein de son propre établissement.

Quel que soit le GHT, la qualité et la sécurité des soins sont des thématiques reprises par la majorité des DS de l'échantillon, ce qui est cohérent avec les éléments portés par le rapport de l'IGAS (Cf. 1.1.2, p.5). De même, l'organisation des parcours patients, la prévention des ruptures de soins comme les problématiques d'attractivité et de fidélisation des professionnels sont des sujets qui nous ont été rapportés de manière récurrente par les CGS tout comme les DS.

Comme nous l'avons déjà abordé, le travail en équipe et la coopération nécessitent en effet pour les acteurs impliqués, de partager un objectif commun. Même si le patient et les équipes soignantes représentent des points de focalisation pour les DS, il est nécessaire de trouver des axes de travail partagés en tenant compte des spécificités et des différences entre les établissements membres du groupement. Il s'agit là d'un véritable enjeu en vue d'emmener le collectif vers des objectifs partagés et de pouvoir fonctionner en équipe. Même si certains PCSIRMTG ont mis en évidence la difficulté de trouver des sujets communs, le PSP a été fréquemment repris dans les réponses des CGS et des DS. Partagé par l'ensemble des établissements, le PSP est totalement ou partiellement mis en œuvre au sein des GHT dans lesquels il a été élaboré, comme cela a été appuyé par les résultats de l'enquête exploratoire menée auprès des élèves DS de la promotion Théodore Monod. En parallèle, la CSIRMTG permet aux professionnels de présenter les projets menés au sein de leur établissement et de s'enrichir des projets portés par d'autres structures du GHT afin de pouvoir les mettre en œuvre en les adaptant aux spécificités de leur établissement. La présentation de ces projets répond alors à certaines attentes exprimées par les DS telles que partage et retours d'expériences et contribue ainsi à la valorisation des établissements membres et de leurs acteurs.

Pour ce qui est du déroulement de l'instance, CGS et DS soulignent l'importance de distribuer la parole à chaque établissement afin que leurs représentants se sentent investis et que les projets soient valorisés. En ce sens, « *la CSIRMTG doit porter des projets communs et valoriser les actions menées au niveau local et territorial* ».

Concernant le fonctionnement de la CSIRMTG, nous n'avons pas noté de différence dans les réponses des présidents selon leur lieu d'exercice (établissement support ou non) ni même selon la composition du GHT (présence d'un CHU ou non). De même, les réponses des CGS et DS non présidents de CSIRMTG sont similaires.

Par conséquent, nous pouvons dire que la CSIRMTG renforce l'engagement des DS au sein des GHT et impulse une dynamique territoriale. Cependant, la coopération entre individus peut être entravée par un certain nombre de facteurs.

B) La CSIRMTG, une instance qui rapproche les Directeurs des Soins du territoire ?

a) Se connaître pour créer du lien entre les acteurs

Dans le cadre des entretiens menés, il est apparu que « *la connaissance des interlocuteurs est un élément facilitateur* » tant pour les prises de contact que pour le travail en commun. Ainsi, « *les choses fonctionnent d'autant plus facilement que les gens se connaissent* ».

En effet, il est nécessaire que les protagonistes apprennent à se connaître afin qu'une dynamique de travail collective s'installe et les amène à coopérer. Ainsi, comme décrit par Olivier Devillard, la connaissance réciproque des acteurs est un élément fondamental qui permet de passer du premier au second stade de la coopération (Devillard, 2017).

La connaissance réciproque des acteurs et notamment des DS au sein du GHT représente effectivement un prérequis afin de pouvoir aller plus en avant dans la dynamique de travail en commun et dans la coopération établie au niveau du territoire.

Toutefois, nous avons mis en évidence dans le cadre conceptuel que le travail coopératif doit être issu d'un choix individuel et délibéré (Cf. 2.1.1, p.11). En ce sens, l'obligation de « travailler ensemble » dans le cadre des GHT, portée par la LMSS, peut constituer un frein à la coopération. En effet, un sentiment de contrainte et des résistances peuvent apparaître et affaiblir la motivation et l'engagement des acteurs.

Cependant, aucun sentiment de contrainte ne nous a été exprimé en lien avec cette obligation de fonctionnement territorial, que ce soit de la part des CGS ou des DS et ce, quel que soit le profil du GHT.

Si la connaissance réciproque des protagonistes constitue un élément favorisant la coopération entre DS du GHT, elle contribue également à établir une relation de confiance qui facilite la dynamique de travail en commun dans laquelle les DS de l'échantillon s'engagent volontiers quel que soit le profil du GHT dans lequel ils exercent. Il s'agit donc de la nécessité pour les acteurs impliqués, de se connaître et de se reconnaître.

Nous pouvons alors faire le lien avec le rôle du PCSIRMTG qui, de par le mode managérial qu'il adopte permet d'emmener le collectif, « *le PCSIRMTG doit être dans le participatif et faciliter la participation de tous les DS* ». Ainsi, « *l'animation réalisée par le PCSIRMTG permet d'impulser une gouvernance territoriale dans laquelle chaque DS a sa place* » et ce quel que soit le statut de l'établissement dans lequel il exerce (établissement support ou partie, CH ou CHU).

Même si la volonté de chaque DS du territoire, de travailler ensemble est indispensable, il nous apparaît que le PCSIRMTG joue un rôle majeur afin d'impulser et de maintenir une dynamique territoriale. Il s'agit pour lui, de créer un environnement favorable à la coopération même s'il n'a pas de lien hiérarchique sur les autres CGS et DS du GHT. Il est alors important, pour que le PCSIRMTG puisse emmener le collectif DS, qu'il soit reconnu et légitime aux yeux de ses collègues. La question de la légitimité est donc posée.

Selon certains DS interviewés, un point important est celui de l'ancienneté. En effet, la connaissance du métier et les expériences du PCSIRMTG ont été mises en avant lors des entretiens de même que les compétences, le leadership et l'engagement dont il doit faire preuve dans la réalisation de ses missions.

Les interactions entre les acteurs sont également à aborder sous le prisme des liens entre les instances. Ainsi, des liens existent entre la CSIRMTG et chaque CSIRMT. Selon les ordres du jour établis et les avis émis, les CSIRMT informent notamment des projets menés au sein des établissements et des informations diffusent depuis la CSIRMTG vers les instances locales. Il convient également de citer les autres instances territoriales dans lesquelles les CGS voire DS participent, à savoir le Costrat et la CMG. Plusieurs PCSIRMTG ont en ce sens, souligné les liens entre la CSIRMTG et les autres espaces de décision à l'échelle du territoire.

b) *La CSIRMTG : une valeur ajoutée pour les Directeurs des Soins*

Nous avons identifié auprès de l'ensemble des DS de l'échantillon (PCSIRMTG ou non), des éléments positifs apportés par la CSIRMTG.

- Une réponse apportée à certains besoins : le besoin d'appartenance

Pour la quasi-totalité des DS, la CSIRMTG et les réunions de préparation rattachées, leur permettent de se retrouver entre pairs et d'avoir des moments d'échanges et de partage. Ainsi, ces réunions entre CGS voire DS sont organisées dans tous les GHT de l'échantillon afin de préparer l'instance ou d'aller au-delà pour traiter de sujets inhérents au fonctionnement du GHT et viser ainsi une coordination territoriale. Ces réunions représentent des « *espaces de parole, de soutien et d'échanges qui génèrent un sentiment d'attachement et de rattachement* » auxquels la participation des DS est importante puisque « *même si les établissements sont éloignés, les réunions font le plein* ».

Au-delà de l'obligation instaurée par voie réglementaire, les DS de l'échantillon semblent investis dans la dynamique territoriale impulsée dans le cadre de la CSIRMTG par son président et travaillent en commun à des degrés variables en fonction des contraintes territoriales, des objectifs fixés et des personnalités de chacun.

- Lutte contre l'isolement

Certains DS, seuls dans leur structure, soulignent le caractère isolé de l'exercice en établissement de santé. Selon eux, « *il est nécessaire de se retrouver tous ensemble et de sentir soutenus* ». En ce sens, « *la CSIRMTG permet de partager et de ne pas être seul* ». De même, le GHT « *représente un espace d'ouverture qui permet d'échanger et de partager* » ainsi que « *de créer des liens et de lutter contre un exercice isolé* ». Il apparaît donc pour certains, que les opportunités de rencontres avec les autres DS du GHT constituent un moyen de lutter contre l'isolement.

A noter que dans certaines configurations, le CGS peut être seul au sein du GHT. Dans ce contexte, il travaille davantage avec les CSS et les liens avec les autres membres de l'équipe de direction sont davantage soulignés.

D'autres ressources sont de même évoquées comme les réseaux constitués notamment dans le cadre de la formation ainsi que les réseaux associatifs avec l'Association Française des Directeurs des Soins, citée par la quasi-totalité des DS.

Il nous apparaît donc important pour les DS, de pouvoir se retrouver entre pairs, de partager des objectifs et de construire des projets en commun pour ne pas se sentir seul.

Dans le même sens, le principe de solidarité entre les établissements a également été cité à plusieurs reprises. Il s'agit « *d'être attentifs les uns envers les autres surtout dans cette période difficile* ». Ce bénéfice réciproque permet de s'entraider et favorise ainsi le fait que chacun puisse s'y retrouver dans le fonctionnement territorial.

- Co-construction

La co-construction qui est une « *démarche visant l'inclusion de tous les acteurs concernés dans les processus d'élaboration de projets. [...] Selon cette approche, la définition du projet et sa mise en œuvre résultent d'un travail collectif incluant toutes les parties prenantes* » (Foudriat, 2021) est une caractéristique du fonctionnement en équipe reprise par plusieurs personnes interviewées. Ainsi, « *les sujets sont traités dans le GHT, dans un esprit de co-construction* ». Cette conception est partagée par les PCSIRMTG et DS en ce qui concerne notamment le PSP qui, établi de manière commune, est ensuite décliné au sein de chaque établissement en s'adaptant à leurs besoins et contextes spécifiques.

Bien que tous les GHT de l'échantillon n'en sont pas encore totalement dotés, le PSP est un élément structurant qui permet notamment « *de définir des objectifs et plans d'actions communs au niveau du groupement* ». Nous pouvons remarquer que pour les GHT dans lesquels le PSP n'est que partiellement élaboré, les acteurs du territoire ont davantage de difficultés à trouver des sujets partagés notamment dans le cadre de la préparation des instances, ce qui a également été identifié dans notre enquête exploratoire.

La co-construction n'est pas sans nous rappeler la notion de coopération ainsi que les caractéristiques du fonctionnement en équipe décrits dans le cadre conceptuel. La CSIRMTG est en effet perçue par certains DS comme une occasion de travailler ensemble et de développer la dynamique au niveau territorial. « *La CSIRMTG est une opportunité de mieux collaborer* ».

A noter le jeu sémantique entre les notions de coopération et de collaboration que nous avons évoqué dans une précédente partie (Cf. 2.1.1, p.11).

Certains CGS et DS ont également signalé que ce travail de co-construction permet notamment à travers l'identification d'axes de travail communs, de renforcer le partage et pour les acteurs impliqués de trouver du sens. La question du sens au travail est en effet plus que jamais au cœur des besoins de professionnels de santé.

Enfin, le travail en commun contribue à une résolution des problèmes plus aisée : « *la qualité du travail ensemble facilite la gestion des problèmes et des situations complexes* ».

En ce sens, le GHT « *permet d'apporter une réponse de groupement à des difficultés de groupement ou d'établissement* ». En effet, travailler ensemble, permet de faciliter la construction et la mise en œuvre de projets ainsi que la gestion des situations complexes.

Il nous apparait donc que la participation à la CSIRMTG tout comme l'investissement dans la dynamique collective territoriale est volontaire plutôt que subie par les DS de l'échantillon, dans la mesure où une réponse est apportée à certains de leurs besoins tels que le partage, les échanges, l'appartenance et la lutte contre l'isolement. Cependant, des craintes quant à ce mode de fonctionnement collectif ont été exprimées par certains d'entre eux.

c) Des craintes et des enjeux individuels à dépasser

La principale crainte exprimée tant par les CGS que les DS exerçant dans les établissements parties et relayée par les DS et CGS d'établissements supports correspond à la « *peur des plus petits d'être mangés par les plus gros* ». Cette peur semble exacerbée dans les GHT au sein desquels un CHU est présent puisque « *tout est centré sur le CHU et les autres établissements n'existent pas* » comme le souligne un CGS exerçant dans un GHT comportant un CHU. Un autre CGS exprime une expérience passée au cours de laquelle « *le CHU s'est étendu dans le GHT avec des prises de directions communes* ». Dans ce contexte, « *il est nécessaire de dépasser l'unique gestion du GHT par le CHU* ». En effet, « *il n'est pas dans l'intérêt du CHU que les petits établissements s'écroulent* » mais « *le plus fort doit aider les plus faibles* ».

Ainsi, le statut de l'établissement support est un facteur à prendre en compte dans la dynamique territoriale. La présence d'un CHU renforce certaines craintes pouvant être ressenties par les acteurs exerçant au sein des établissements parties et peut représenter un obstacle à la coopération entre DS.

Par conséquent, ces éléments sont en faveur de la validation de l'hypothèse n°3 selon laquelle le statut de l'établissement support du GHT peut constituer un obstacle à la coopération et au fonctionnement en équipe territoriale de DS.

Au-delà de la crainte de potentielles suppressions de postes liées à d'éventuels mécanismes de fusion, cette « *posture déséquilibrée qui peut exister entre les établissements* » d'un GHT renforce le sentiment de perte d'identité voire la crainte de ne plus exister de la part de certains établissements parties.

De même, des tensions peuvent naître pour certains CGS, en lien avec un sentiment de perte d'autonomie, de prérogatives et de pouvoir au bénéfice du GHT dans la mesure où certaines décisions sont prises à l'échelle du territoire et non plus au niveau de l'établissement.

Nous pouvons alors mettre en évidence, « *des jeux de pouvoir entre les acteurs qui existent au sein du GHT* ».

Rappelons que les DS, qui exercent au sein d'un établissement de santé situé dans un GHT, sont tenus de prendre en compte ces 2 dimensions dans leur exercice quotidien. Ainsi, la notion de loyauté et plus précisément de « *double loyauté* » a été évoquée par certains DS. Il s'agit en effet, de « *promouvoir le GHT et de ne pas desservir l'établissement dans lequel on exerce, défendre son établissement* ».

Nous pouvons constater l'ambivalence qui peut exister entre ces 2 niveaux d'exercice dans lesquels les DS évoluent. Il convient alors selon les DS interviewés, de préserver les intérêts de l'établissement de rattachement tout en assurant les missions qui leur sont dévolues dans le cadre du GHT. De même, il est nécessaire d'en assurer la promotion auprès de professionnels pour qui « *le GHT reste flou* » et de montrer que le GHT « *ne doit pas faire peur, on a à y gagner* » et qu'il « *apporte des opportunités d'améliorations positives* ».

L'histoire des établissements et les coopérations antérieures sont également à prendre en compte dans le fonctionnement territorial et dans la dynamique qui peut être impulsée puisque cela peut expliquer certaines réticences à travailler ensemble notamment en lien avec des rivalités anciennes. Même si les équipes de direction se renouvellent, certains personnels « *se souviennent et nous rappellent* » ces éléments d'histoire. Ainsi, « *il y a des éléments sociologiquement ancrés qu'il convient de dépasser* » même « *s'il est nécessaire d'en tenir compte et de montrer le chemin de l'ouverture* ».

Comme nous l'ont stipulé certains CGS, « *il est nécessaire de travailler en bonne intelligence et de ne pas être dans les jeux de pouvoir* ». « *Il faut dépasser ces enjeux individuels* » et « *ne pas être dans la peur mais dans un rapport gagnant-gagnant* ».

Ainsi, afin de faciliter le travail collectif et la mise en place d'une coopération entre les acteurs du territoire, la formalisation de règles de fonctionnement, l'identification d'objectifs partagés et la transparence dans les relations contribuent à dépasser les craintes éventuellement ressenties.

A ce titre, nous pouvons à nouveau mettre en avant le positionnement du PCSIRMTG qui, dans son rôle d'animation et de coordination territoriales peut faciliter ce partage et permettre de dépasser les craintes et enjeux individuels.

4.2.2 Directeurs des Soins dans les GHT : groupe ou véritable équipe ?

Comme nous avons pu le voir précédemment, les DS de l'échantillon participent pleinement à la dynamique territoriale en dépit de l'obligation portée par la réglementation et malgré certaines craintes exprimées. Toutefois, nous pouvons nous demander si le collectif de DS au sein d'un GHT fonctionne davantage comme un groupe ou comme une véritable équipe.

A) Une maturation variable selon les GHT

De par leur composition, leur histoire, les liens entre acteurs et les organisations adoptées, les GHT n'ont pas évolué de la même manière depuis leur mise en place.

a) Tous les GHT ne sont pas au même stade

Lorsque nous avons posé la question de savoir si les DS de l'échantillon ont le sentiment d'appartenir à une équipe territoriale, la majorité a répondu par l'affirmative (7 sur 10 des 12 DS de l'échantillon total ; 2 non concernés car exercent seuls).

Ce sentiment d'appartenance qui correspond à un besoin, est le premier argument avancé par les DS qui estiment faire partie d'une équipe territoriale et soulignent la proximité qui existe entre les membres et l'importance des temps d'échanges contribuant à développer une vision partagée, notamment dans le cadre de l'élaboration de projets comme le PSP.

La connaissance des protagonistes est également mise en évidence comme un prérequis au fonctionnement en équipe et permet de gagner en maturité comme nous avons pu l'aborder avec le modèle développé par Olivier Devillard (Cf. 2.1.1, p.11 et 4.2.1.B.a, p.29).

De même, afin de confirmer ce sentiment d'appartenance à une équipe territoriale, nous avons identifié dans le discours des DS, un certain nombre de caractéristiques de l'équipe et de son fonctionnement. Ainsi, ont été cités la confiance, la loyauté, la transparence et la co-construction qui représentent des points fondamentaux du fonctionnement en équipe. De même, le soutien et la solidarité ont été identifiés comme des éléments liés au fonctionnement en équipe et nommés comme plus-values de ce mode d'organisation (Cf. 2.2.2, p.16).

Dans le cadre de l'analyse des propos recueillis lors des entretiens et nous référant aux modèles relatifs aux stades de coopération et de maturité du fonctionnement en équipe décrits par Olivier Devillard, nous proposons d'identifier le stade de coopération et le niveau de maturité du fonctionnement en équipe de DS au sein de chaque GHT de l'échantillon.

GHT	Ets support	Lieu d'exercice PCSIRMTG	Proposition Stade de coopération (A à D)	Proposition Stade de maturité équipe DS (A à E)	Commentaires
1	CHU	Hors Ets support	D	C	Bureau trimestriel avec tous les DS Formalisation du PSP
2	CHU	Hors Ets support	D	C	Réunion trimestrielle des PCSIRMT Rédaction du PSP
3	CH	Ets support	D	D	Coordination territoriale identifiée Réunion de DS tous les 15 jours Direction commune
4	CHU	Ets support	C	B	Difficultés à trouver des sujets communs et limites au travail en équipe territoriale Direction commune partielle

GHT	Ets support	Lieu d'exercice PCSIRMTG	Proposition Stade de coopération (A à D)	Proposition Stade de maturité équipe DS (A à E)	Commentaires
5	CH	Hors Ets support	C	C	Réunions avec tous les DS Difficultés à trouver des sujets communs
6	CH	Ets support	NA*	NA*	Direction commune CGS seul sur le GHT
7	CHU	Hors Ets support	D	C	Réunions bimestrielles avec tous les DS Direction commune partielle
8	CH	Ets support	NA*	NA*	Direction commune CGS seul sur le GHT

* NA : Non Applicable

Il est à noter que 2 des 8 GHT investigués ne comportent qu'un seul DS. Nous ne pouvons donc pas établir d'évaluations relatives aux stades de coopération et de maturité du fonctionnement en équipe de DS pour ces groupements.

S'agissant du stade de coopération, nous constatons selon nos propositions, que le niveau se situe entre le stade C (cohésion entre les établissements et pratiques communes acceptées par tous) pour 2 GHT sur 6 et le stade D (alignement sur l'objectif commun, cohésion renforcée et sentiment de reconnaissance et d'appartenance davantage développés) pour 4 GHT sur 6.

Nous constatons donc que le stade de coopération auquel le GHT est parvenu ne semble pas ou peu influencé par le statut de l'établissement support et notamment la présence d'un CHU au sein du GHT dans la mesure où 1 GHT sur les 2 ayant un stade inférieur (C) ne comporte pas de CHU et que 3 GHT sur les 4 ayant obtenu un stade supérieur (D) comportent un CHU.

En revanche, même si l'échantillon est faible, le lieu d'exercice du PCSIRMTG en dehors de l'établissement support semble favoriser la dynamique de coopération entre DS au sein du GHT, comme nous avons pu le constater précédemment. En effet, le PCSIRMTG exerce en dehors de l'établissement support dans 3 des 4 GHT ayant atteint le stade D.

Concernant le stade de maturité du fonctionnement en équipe, la majorité des GHT nous semble avoir atteint le stade d'équipe constituée (stade C) pour les raisons suivantes :

- fonctionnement collectif réellement fonctionnel avec des réunions territoriales structurées dépassant la simple préparation de la CSIRMTG
- objectifs communs et partagés, définis notamment dans le cadre du PSP ou du PMSP
- engagement dans un plan d'actions partagé en lien avec le PSP ou le PMSP
- stade de coopération atteint favorisant un fonctionnement en équipe

Contrairement au stade de coopération, le stade de maturité du fonctionnement en équipe semble davantage dépendant du statut de l'établissement support et du lieu d'exercice du PCSIRMTG. En effet, le PCSIRMTG exerce en dehors de l'établissement support dans les 4 GHT ayant atteint le stade d'équipe constituée (C).

Le seul GHT (n°4) qui demeure au stade d'appartenance (B) est un GHT dans lequel le PCSIRMTG exerce au sein de l'établissement support qui est un CHU. Ainsi, le CGS nous signale une « *Insuffisance de travail en équipe* » et l'absence de véritables objectifs communs clairement définis et partagés de tous.

Le GHT n°3 est le seul GHT qui selon nous, semble avoir atteint le stade d'action concertée (D) dans la mesure où l'équipe nous apparaît comme une entité unifiée en lien avec :

- dynamique collective en place avec des réunions territoriales organisées tous les 15 jours
- engagement qui semble complet de la part des CGS et DS du territoire
- réelle volonté de travailler ensemble avec focalisation sur les objectifs communs
- sentiment de cohérence qui semble présent entre les acteurs

Ce GHT qui a atteint les stades de coopération et de fonctionnement en équipe les plus élevés ne comporte pas de CHU. Il s'agit par ailleurs, d'un GHT dans lequel tous les établissements sont en direction commune et une Coordination Générale des Soins à l'échelle du territoire est structurée.

Ces éléments sont en faveur de la validation de l'hypothèse n°1 selon laquelle le positionnement du PCSIRMTG en dehors de l'établissement support contribue à la coopération entre DS du GHT et partiellement en faveur de la validation de l'hypothèse n°3 selon laquelle le statut de l'établissement support du GHT peut constituer un obstacle à la coopération et au fonctionnement en équipe territoriale de DS. Nous avons vu que le statut de l'établissement peut avoir un effet davantage centré sur le fonctionnement en équipe plutôt que sur la dynamique de coopération, même si les 2 aspects sont fortement liés.

Nous pouvons donc constater que si les DS ont le sentiment d'appartenir à une équipe, les niveaux de maturité ne sont pas les mêmes d'un GHT à l'autre. Il nous semble alors opportun de mettre ces écarts en lien avec les freins au fonctionnement en équipe détaillés dans le cadre conceptuel (Cf. 2.2.3, p.18) et avec ceux identifiés lors de l'enquête tels que l'histoire et les spécificités du GHT, les coopérations antérieures, la personnalité des acteurs et les enjeux de pouvoir notamment liés à la peur « *de ne plus exister* ».

Par ailleurs, les arguments avancés par les DS qui n'ont pas le sentiment d'appartenir à une équipe sont en lien avec un travail en commun qui n'apparaît pas continu mais sur des temps ponctuels. Ainsi, un DS explique qu'« *une équipe va plus loin que ce qui est fait* ».

actuellement au niveau du GHT ». En effet, pour gagner en maturité et fonctionner de manière efficace, le travail en équipe nécessite une certaine continuité et régularité.

Les CGS qui exercent seuls dans leur GHT évoquent les liens avec les autres membres de l'équipe de direction : « *je ne me sens pas isolé car je fais partie de l'équipe de direction* ». Les échanges et partages sont importants « *même si les collègues ne sont pas soignants, ils apportent un autre regard* ». De même, les liens avec les CSS et le PCME ont été davantage soulignés dans ce profil de GHT.

Nous pouvons donc constater que les DS développent des formes de travail en commun à l'échelle du territoire entre eux mais et avec d'autres partenaires impliqués dans la gouvernance territoriale même si des freins à ce fonctionnement en équipe existent.

b) Des freins au fonctionnement en équipe

Les DS de l'échantillon nous ont permis d'identifier un certain nombre d'obstacles et de freins à la dynamique de coopération et au fonctionnement en équipe que nous allons corrélater avec certains éléments présentés dans le cadre conceptuel.

- Profil des établissements et composition du GHT :

Tout d'abord, le déséquilibre entre établissements du GHT peut induire des tensions et des craintes pouvant entraver la coopération entre DS et par conséquent le fonctionnement en équipe territoriale ; ressenti qui semble être majoré en présence d'un CHU au sein du GHT. Rappelons que la composition des GHT est variable tant en termes de nombre d'établissements que d'activités. Ainsi, certains GHT de l'échantillon sont composés d'un seul ou de plusieurs établissements déployant des activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique et d'établissements déclinant des activités de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), de psychiatrie voire d'établissements médico-sociaux.

Les DS interviewés soulignent alors que les établissements n'ayant pas les mêmes profils et n'évoluant pas dans les mêmes champs, « *ne rencontrent pas forcément les mêmes problématiques* » et peuvent avoir « *un langage et une culture différents* ». Des établissements déclinant les mêmes activités peuvent également rencontrer des problématiques différentes selon le contexte spécifique de chaque structure. N'ayant pas les mêmes préoccupations, le besoin et la volonté de travailler ensemble peuvent être moindres, d'où la nécessité de trouver des sujets communs, ce qui peut s'avérer complexe selon le contexte.

Par ailleurs, comme nous l'avons abordé dans le cadre conceptuel, le nombre idéal de membres d'une équipe se situe entre 6 et 9 personnes (Devillard, 2017).

Les GHT dans lesquels nous avons mené notre enquête comportent entre 3 et 12 établissements, ce qui est également à prendre en compte pour le fonctionnement et l'animation de l'équipe territoriale de DS.

- Manque de temps

Un point évoqué de manière récurrente par les CGS et DS, exerçant en établissement support ou non est celui du manque de temps et de moyens pour la gestion des dossiers territoriaux : « *Il manque du temps pour pouvoir construire au niveau territorial* ».

La mise en place des GHT et des missions qui incombent aux équipes de direction dans ce cadre, s'est effectivement faite dans une large majorité de cas, à moyens constants.

Ainsi, le DS est en charge de la gestion des projets, dossiers et problématiques concernant son établissement de rattachement ainsi que de ceux liés au groupement. Un CGS précise alors que « *le GHT n'est pas la priorité car la gestion de nos problèmes est chronophage* ».

Même si elle a été citée par l'ensemble des DS de l'échantillon, cette difficulté est principalement ressentie par les PCISMRTG qui portent davantage l'instance territoriale et sa préparation et qui ont, comme cela nous a été rapporté, un rôle prévalent dans l'animation et la coordination territoriales. Ainsi, la charge de travail du PCSIRMTG a été mise en exergue en lien avec l'absence de moyens supplémentaires mis à sa disposition afin de gérer ces sujets, par les présidents eux-mêmes ainsi que les DS.

Des organisations spécifiques sont en place dans certains GHT comme la nomination d'un « *Coordonnateur Général des Soins territorial* » qui réalise toutefois ses missions sans ajout de moyens supplémentaires. Ainsi, « *avec du temps, nous pourrions aller beaucoup plus loin* ».

- Découpage territorial

Une seconde difficulté identifiée par les DS correspond à l'éloignement géographique entre les établissements membres du GHT dont les distances à parcourir peuvent nécessiter des temps de trajets assez longs, majorés par des contraintes de circulation connues notamment dans les grandes métropoles. Dans ce contexte, « *nous perdons du temps dans les déplacements* », ce qui vient majorer la problématique du temps à disposition pour la gestion des dossiers territoriaux.

Même si les réunions en visio-conférence se sont développées depuis la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, il est nécessaire selon les DS interviewés, de pouvoir « *se voir physiquement et d'aller à la rencontre des équipes de professionnels* ».

Pour cela, dans certains GHT, même si le présentiel est privilégié, les réunions de la CSIRMTG sont organisées en mode hybride permettant aussi une participation à distance. Par ailleurs, il est à noter que l'un des GHT de l'échantillon, situé sur 2 régions différentes, est en lien avec 2 ARS distinctes, « *ce qui complexifie et limite la dynamique de projet car les interlocuteurs et les financements sont différents* ».

c) Des leviers activés dans certains groupements pour dépasser les freins

Afin de dépasser les freins et obstacles évoqués précédemment et favoriser la coopération entre DS, des leviers ont été identifiés et sont déployés dans certains GHT de l'échantillon.

Tout d'abord, la connaissance des acteurs du territoire, comme nous l'avons déjà vu est un facteur qui favorise le travail en équipe et permet notamment de « *dépasser la peur dans les relations avec l'établissement support* ».

De même, l'équilibre des relations entre les établissements favorise le travail collectif. Il s'agit pour l'établissement support d'« *afficher qu'il n'a pas la volonté d'avaler les autres établissements* », afin de lever les craintes que peuvent ressentir les DS du GHT.

- Implication de tous les établissements

La majorité des DS de l'échantillon a mis en évidence la nécessaire implication de l'ensemble des établissements du GHT dans les projets : « *l'établissement support ne doit pas tout porter* ». Ainsi, la charge de travail inhérente au fonctionnement territorial doit être répartie entre les établissements du GHT, qu'il s'agisse de l'établissement support ou des établissements parties et ce, quel que soit leur profil et leur statut.

Afin de favoriser l'implication des différents établissements dans la dynamique territoriale, « *il ne faut pas qu'il y ait de perdants* ». Il convient de développer une démarche « *gagnant-gagnant* » entre les établissements membres du groupement afin que chacun puisse en retirer des bénéfices, comme nous l'avons abordé dans la partie traitant de la valeur ajoutée de la CSIRMTG (Cf. p.31). En ce sens, le principe de « *réciprocité entre les établissements* » a été mis en évidence à plusieurs reprises par les CGS et les DS.

Il s'agit ici, de la même stratégie mise en œuvre dans le cadre de la gouvernance territoriale, ce qui permet également de « *trouver des solutions ensemble aux problèmes* ».

- Communication

Afin de mobiliser et d'impliquer les différents établissements et leurs acteurs dans la dynamique territoriale, il est nécessaire qu'une communication efficace soit effective au sein du GHT. En ce sens, « *l'établissement support ne doit pas conserver les informations* ».

Nous pouvons constater à travers ces propos, la manifestation des craintes liées au poids de l'établissement support dans le fonctionnement territorial. Ainsi, « *la force est dans le dialogue* ».

- Attitude et comportement

L'attitude et le comportement des autres DS a de même fait l'objet de plusieurs remarques de la part des interviewés sans distinction de fonction ni de type d'établissement de rattachement. Ainsi, de la même manière que ce que nous avons abordé dans le cadre conceptuel concernant les caractéristiques du fonctionnement en équipe et des facteurs de réussite associés, les DS de l'échantillon mettent en évidence les notions suivantes : confiance, respect, transparence et reconnaissance mutuelle. Une insistance particulière a été portée à notre intention concernant la « *nécessité d'avoir un sentiment de confiance entre les DS du GHT* ». En effet, nous avons vu dans le cadre conceptuel, que la coopération nécessite pour les acteurs, une connaissance réciproque ainsi qu'une relation de confiance afin d'atteindre l'objectif commun et partagé par tous.

- Mode de management du PCSIRMTG

De même, nous avons déjà abordé le positionnement et le mode de management du PCSIRMTG dans des parties précédentes. Nous souhaitons ici appuyer sur le fait qu'il est considéré comme « *un leader* » par certains CGS et DS au sein des GHT. Même si, le leadership doit être partagé au sein de l'équipe (Cf. 2.2.1, p.14), « *nous avons besoin d'un leader au niveau du territoire* ». Ceci appuie le positionnement nécessaire du PCSIRMTG en tant qu'animateur et coordonnateur territorial.

Dans le cadre de notre enquête, nous avons identifié des freins et des leviers concernant le travail en commun des DS à l'échelle des GHT. La configuration de certains groupements avec des directions communes nous amène à nous interroger quant aux effets de ces modèles intégratifs sur la dynamique de coopération des DS.

B) Vers des modèles davantage intégratifs pour faciliter la coopération des Directeurs des Soins au sein des GHT ?

a) La CSIRMTUG : un modèle controversé

Rappelons que la réglementation permet d'unifier les CSIRMT de chaque établissement membre d'un GHT (support et parties) avec la CSIRMTG en une instance territoriale unique : la CSIRMTUG.

Au sein de notre échantillon, l'ensemble des DS a manifesté sa réticence à l'idée de constituer une instance unifiée au sein de leur GHT : « *il ne faut pas nier l'existence de chaque établissement* ». Certains DS nous ont d'ailleurs exprimé le fait que la question de la constitution d'une telle instance a été posée : « *nous avons eu des échanges sur le sujet mais l'option n'a pas été retenue* ». Les DS nous ont motivé ce choix dans la mesure où « *la CSIRMT est un véritable outil managérial qui permet notamment de faire passer les messages* ». La suppression des instances locales revient par conséquent pour le DS, à se priver d'un outil managérial important.

Dans d'autres GHT, cette possibilité n'a jamais été mise sur la table en raison de la « *peur d'être noyé dans la masse* » et « *de la crainte que le plus gros mange les plus petits* ».

En effet, la perte d'identité et la crainte de « *ne plus exister* » représentent un second argument avancé par les DS en défaveur de la constitution d'une CSIRMTUG.

De même, les DS souhaitent conserver leur instance locale, représentant la gouvernance de l'établissement, afin de mieux répondre aux besoins, problématiques et enjeux spécifiques de chaque établissement car « *les réalités et les contextes sont différents* ». En effet, selon certains DS, « *les professionnels risquent de ne pas s'y retrouver* », ce qui pourrait induire « *un risque de perte d'engagement* ». D'où cette méfiance envers la mise en place d'une instance territoriale unifiée.

Il semble donc important que chaque établissement conserve son instance afin de maintenir une dynamique locale qui contribue à la reconnaissance et à la valorisation de chacun et s'inscrit dans une dynamique territoriale. En effet, il « *semble difficile d'emmener les équipes dans une dynamique territoriale en l'absence de dynamique au sein de l'établissement* ». De plus, un DS souligne que « *chaque établissement doit vivre pour lui-même* ».

Il ressort donc un besoin pour chaque établissement d'exister en conservant ses spécificités et son instance locale. Ainsi, perdre son instance correspond à la perte de son identité propre et d'une partie du pouvoir pour son président et ce, au bénéfice du GHT.

Cependant, il semble que pour les DS exerçant dans des GHT dans lesquels tout ou partie des établissements sont en direction commune, cette option peut être retenue « *à partir d'un certain degré de maturité et de partage de culture* ». Dès lors, « *une nouvelle entité se crée avec une mutualisation des outils, des fonctions et des organisations* ».

Il apparaît donc que les directions communes représentent un contexte propice à la mise en place des CSIRMTUG. En effet, au sein de notre échantillon, 2 GHT dans lesquels les établissements sont en direction commune ont mis en place une instance unifiée au niveau territorial. De plus, les CGS sont à chaque fois les seuls DS du GHT. Il n'existe donc pas d'enjeux de pouvoir ni de crainte de ne plus exister dans ces circonstances.

Les CGS ayant mis en place une CSIRMTUG au sein de leur GHT, en accord avec le directeur de l'établissement support et du DGARS estiment cependant « *qu'ils n'auraient pas retenu cette option dans un autre contexte que celui d'une direction commune* ».

Les éléments analysés concernant la mise en œuvre des CSIRMTUG ne nous permettent pas d'établir de lien entre la mise en place d'une instance unifiée de groupement et la dynamique de coopération ou le fonctionnement en équipe de DS au niveau d'un GHT. En effet, les seuls GHT ayant mis en place une CSIRMTUG que nous avons identifiés sont des GHT fonctionnant en direction commune et dans lesquels le CGS est le seul DS. Ainsi, il ne nous est pas possible de valider l'hypothèse n°2 selon laquelle la mise en place d'une CSIRMTUG favorise la constitution d'une équipe de DS au sein du GHT.

b) Apports des directions communes sur la dynamique territoriale

Même s'il ne s'agit pas d'un critère ayant motivé le choix des GHT intégrés dans notre échantillon, il s'avère que 5 GHT sur les 8, comportent une partie ou la totalité de leurs établissements en direction commune. Cela témoigne de la diffusion de ce mode intégratif dans le système de santé.

GHT	Nb. d'établissements en direction commune	Présence CHU	Commentaires
3	3	Non	
4	2 + 2	Oui	2 directions communes dont 1 avec le CHU et une seconde entre CH
6	3	Non	
7	5	Oui	Direction commune n'intégrant pas le CHU
8	3	Non	

Nous avons constaté que la dynamique territoriale semble davantage développée dans les GHT dans lesquels les établissements sont en direction commune.

La direction commune est une forme de coopération entre établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux prévue par la réglementation¹² dans laquelle chaque établissement conserve son statut, sa personnalité juridique, son autonomie sur le plan financier ainsi que ses instances consultatives et décisionnaires (CSIRMT en ce qui concerne notre sujet).

L'ensemble des établissements de la direction commune est placé sous l'autorité d'un seul chef d'établissement et une équipe de direction commune peut également être installée. Il s'agit notamment de favoriser la mutualisation de moyens. En effet, comme le précisent certains DS exerçant dans ce contexte, la direction commune « *est une richesse* » qui « *facilite la collaboration entre les établissements et donc entre les Directeurs des Soins* ». D'ailleurs, un DS précise que « *c'est davantage la direction commune que le GHT qui facilite le travail en commun* ». En effet, il semble que le travail en commun au sein du groupement est facilité par la dynamique impulsée dans le cadre de la direction commune dans la mesure où « *il n'existe qu'une seule politique* » et que « *les procédures sont les mêmes dans chaque établissement* ». Ainsi, « *la prise de décisions est facilitée par la direction commune* ».

Cependant, la mise en place d'une direction commune nécessite du temps et de tenir compte des spécificités de chaque établissement. Il est en effet nécessaire de « *conserver les particularismes de chaque établissement* ».

Dans le cadre de GHT composés exclusivement d'établissements en direction commune, « *l'organisation du GHT est intégrative* » avec des directions fonctionnelles déployées à l'échelle du groupement. Tout s'organise donc à l'échelle du territoire.

Ce modèle d'organisation a d'ailleurs permis de déployer au sein d'un GHT, une coordination territoriale assurée par le CGS de l'établissement support, ce qui semble

¹² Décret n°2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

faciliter le travail en commun : « *beaucoup de chantiers sont menés à l'échelle du GHT avec un partage entre les Directeurs des Soins* ».

Dans le cadre de directions communes, il semble que certains obstacles au fonctionnement en équipe et à la coopération entre établissements sont levés. En effet, « *il n'y a pas d'enjeux car tout est partagé, les difficultés comme les succès* ». De même, dans les GHT en direction commune et dans lesquels le CGS est seul, « *il n'y a pas de concurrence* ». Ainsi, rappelons que nous avons mis en évidence la mise en place d'une instance unifiée de groupement au sein de 2 GHT fonctionnant en direction commune avec un seul CGS. Il nous a été rapporté par les CGS concernés, que l'unification des CSIRMT n'a pas induit de sentiment de perte d'identité dans la mesure où « *chaque établissement est représenté et participe à l'instance territoriale dans les mêmes proportions* ». De même, ces CGS attachent une grande importance au fait de se déplacer au sein des établissements de la direction commune et de leur laisser la possibilité d'adapter les projets en tenant compte de leur contexte. Ainsi, « *il faut laisser de la latitude à chaque établissement* » afin d'en faciliter l'appropriation et l'application. En effet, même si les établissements sont en direction commune, des spécificités liées à leur histoire, activités... sont à prendre en considération.

Dans le cadre de directions communes ou dans le cadre de mécanismes de fusion d'établissements, le niveau de partage et de maturité sont différents. La mise en œuvre d'une CSIRMTUG semble alors pouvoir s'envisager plus facilement.

4.3 Synthèse

Au regard de notre question de recherche « *En quoi la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Groupement peut constituer un levier pour impulser une dynamique collective des Directeurs des Soins au sein d'un Groupement Hospitalier de Territoire ?* » et des éléments d'analyse que nous venons d'exposer, il apparaît qu'une coopération est établie entre les DS des GHT dans lesquels nous avons mené notre enquête, à l'exception des 2 GHT dans lesquels le PCSIRMTG est seul.

Si les DS de chaque groupement se mobilisent afin de préparer l'instance territoriale et d'assurer son bon fonctionnement, il s'avère que la coopération établie dépasse le seul périmètre de cette instance et permet au groupe de DS de fonctionner en véritable équipe. Cependant, en fonction de certains facteurs, les niveaux de coopération et de maturité du fonctionnement en équipe sont variables d'un GHT à l'autre.

Nous avons, grâce au cadre conceptuel et à notre enquête exploratoire, identifié certains de ces facteurs qui peuvent influencer la dynamique territoriale des DS, que nous avons cherché à explorer à travers les hypothèses formulées.

L'enquête menée auprès des DS et l'analyse des données réalisée, nous permet ainsi de procéder à la validation ou non de ces hypothèses.

Hypothèse n°1 :

Le positionnement du président de la CSIRMT de Groupement en dehors de l'établissement support contribue à la coopération des Directeurs des Soins du GHT : **VALIDEE**

L'hypothèse n°1 est validée puisque nous avons montré que les GHT dans lesquels le PCSIRMTG exerce en dehors de l'établissement ont des stades de coopération plus élevés et des niveaux de maturité du fonctionnement en équipe plus développés.

Rappelons que la coopération est une composante nécessaire au fonctionnement en équipe.

Hypothèse n°2 :

La mise en place d'une CSIRMT Unifiée de Groupement favorise la constitution d'une équipe de Directeurs des Soins au sein du GHT : **NON VALIDEE**

Nous ne pouvons pas valider l'hypothèse n°2 dans la mesure où les GHT dans lesquels une instance unifiée a été mise en place ne comptent qu'un seul DS.

De plus, les DS sont tous opposés à la mise en place d'une telle instance en dehors d'un GHT configuré en direction commune. Or, nous avons identifié que la volonté représente un point important pour le travail en commun.

Hypothèse n°3 :

Le statut de l'établissement support du GHT peut constituer un obstacle à la dynamique de coopération et au fonctionnement en équipe territoriale de Directeurs des Soins :

PARTIELLEMENT VALIDEE

Nous ne pouvons valider que partiellement l'hypothèse 3 en raison des peurs et craintes exprimées dans le cadre de l'enquête en lien avec le statut de l'établissement support.

La présence d'un CHU au sein du GHT semble en effet susciter davantage de réticences de la part des DS des établissements parties et faire obstacle au développement d'un véritable fonctionnement en équipe territoriale de DS.

5 Préconisations

Les recherches effectuées dans le cadre conceptuel, les éléments issus de l'enquête exploratoire menée auprès des élèves DS ainsi que l'analyse des résultats de l'enquête réalisée auprès de DS nous permettent de formuler des préconisations pour notre futur exercice professionnel en tant que DS au sein d'un établissement de santé, membre d'un GHT. Il s'agit d'émettre des préconisations que nous pourrions mettre en œuvre lors de notre prise de poste en vue d'intégrer le groupe ou l'équipe de DS en poste et de favoriser la coopération au sein du groupement. Ces préconisations tiennent compte des niveaux stratégiques et opérationnels dans lesquels les missions du DS s'intègrent.

Avant d'appliquer ces préconisations, nous tenons à préciser qu'il est nécessaire d'analyser le contexte et les relations entre les établissements membres du GHT et leurs acteurs afin de mettre en œuvre des actions pertinentes et adaptées.

5.1 Favoriser une gouvernance partagée à l'échelle du groupement

En tant que DS, membre de l'équipe de direction de notre établissement et d'instances liées à la gouvernance territoriale, nous serons amené à soumettre des avis, à émettre des propositions et à nous positionner quant à certains sujets que ce soit à l'échelle de l'établissement et du GHT.

5.1.1 Impliquer les établissements parties dans la dynamique territoriale

Comme nous l'avons mis en évidence lors de l'analyse des entretiens, il apparaît nécessaire d'impliquer plusieurs établissements dans la gouvernance territoriale afin que l'établissement support ne soit pas le seul à bénéficier de l'hégémonie en la matière.

Même si les établissements parties sont associés au Costrat et aux instances territoriales, nous proposons à notre chef d'établissement et au directeur de l'établissement support que les présidents d'instances territoriales (CSIRMTG et CMG) ne soient pas issus des mêmes établissements que celui du président du Costrat.

Dans la mesure où la réglementation prévoit que le directeur de l'établissement support est le président du Costrat, nous proposons, afin de favoriser la pluralité souhaitée au sein de la gouvernance territoriale, que le PCSIRMTG exerce en dehors de l'établissement support. De même, nous proposons en Codir et en Costrat, de développer des projets à l'échelle du territoire. Pour commencer, il nous semble important, selon le niveau de maturité du GHT, de concevoir ou de formaliser le PSP en privilégiant la forme d'un PMSP qui permet de faire converger les objectifs médicaux et paramédicaux dans une vision partagée. L'appropriation du projet par chacun des acteurs s'en trouve alors facilitée et leur permet de trouver plus facilement du sens en lien avec leurs pratiques.

Bâti selon une méthodologie participative, nous proposons de réunir des personnels médicaux et non médicaux (avec la participation de PCME et de DS) des différents établissements membres du GHT afin de déterminer les axes de travail et leur déclinaison en tenant compte du diagnostic territorial préalablement établi. Cette méthodologie sera la même en cas de révision du PSP/PMSP, en se basant sur l'évaluation du précédent projet. Il s'agit ensuite pour les établissements, de décliner les axes du projet partagé selon leurs besoins et spécificités. En tant que DS nous jouons en effet, un rôle clef dans cette mise en œuvre en lien avec l'encadrement supérieur et l'encadrement de proximité, les équipes médicales et l'équipe de direction.

De même, il est nécessaire de suivre la mise en œuvre du PMSP dans les instances territoriales dont la CSIRMTG afin d'évaluer la mise en place des actions et proposer des réajustements le cas échéant. Ainsi, nous portons à l'ordre du jour de la CSIRMTG des points d'avancement sur le PMSP et faisons le lien avec la CSIRMT de notre établissement et le PSIRMT décliné.

Afin de faciliter la mise en œuvre du projet, le suivi des actions et d'assurer un reporting efficace, nous proposons au président du Costrat, la mise en place d'un comité de pilotage permettant de faire le lien avec les groupes de travail issus du PMSP.

Constitué, selon la taille du GHT, d'un ou de 2 DS, d'un ou de 2 représentants médicaux et du directeur adjoint en charge des coopérations territoriales, ce comité pourrait se réunir 3 à 4 fois par an.

De même, en vue de développer la dynamique de projets au sein du GHT, nous proposons, selon les besoins identifiés, de répondre à des appels à projets à cette échelle. La réussite à ce type de démarche correspond en effet à une victoire commune pour les établissements membres et permet de renforcer les liens entre les acteurs. Ainsi, une cohésion peut s'installer et mettre les professionnels dans des dispositions propices au développement de la dynamique territoriale.

5.1.2 Structurer la CSIRMTG dans une démarche participative

Même si le fonctionnement de la CSIRMTG est en partie cadré par la réglementation, nous avons la possibilité de proposer au président du Costrat une structuration et un mode de fonctionnement qui corresponde aux valeurs que nous souhaitons porter.

Ainsi, selon les organisations en place, leur efficacité et le contexte du GHT, nous proposons lors du renouvellement des membres de la CSIRMTG que le président ne soit pas issu de l'établissement support mais d'un établissement partie. En effet, nous avons mis en évidence que le positionnement du PCSIRMTG en dehors de l'établissement support est un élément en faveur du développement d'une dynamique territoriale dans la

mesure où cela permet de lever d'éventuelles craintes des établissements parties, liées au fait « *d'être avalé par le plus gros* » ou de « *ne plus exister* ».

Nous proposons également au directeur de l'établissement support de nommer un vice-président issu d'un autre établissement membre. Ainsi, plusieurs établissements portent la CSIRMTG et seront d'autant plus impliqués dans son organisation et son animation.

De même, selon le contexte, nous proposons que la présidence de la CSIRMTG tourne entre les différents établissements du groupement.

Nous veillerons à ce que ces dispositions soient portées au règlement intérieur de l'instance ainsi que dans la convention constitutive du groupement.

Par ailleurs, il nous semble important de clarifier les rôles et missions des DS au sein GHT. Pour ce faire, nous proposons d'établir de manière collégiale, une fiche de missions du PCSIRMTG en précisant les liaisons avec les autres DS ainsi qu'un document détaillant les modalités de fonctionnement en équipe, incluant la contribution de chacun que ce soit dans le cadre de l'instance ou dans le fonctionnement de l'équipe territoriale de DS.

De plus, en lien avec le problème de manque de temps que nous avons identifié dans notre enquête, nous proposons de répartir la participation aux différentes réunions entre les DS du groupement afin que le PCSIRMTG ne soit pas le seul à être sollicité.

Nous échangerons sur ces sujets avec le directeur de notre établissement et le directeur de l'établissement support à qui nous soumettrons ces documents pour validation.

Nous proposons de convoquer des réunions de la CSIRMTG à une fréquence trimestrielle et d'établir un calendrier annuel tenant compte de la planification des autres instances du GHT. Il nous apparaît également nécessaire que la planification des CSIRMTG des établissements membres tienne compte des réunions de la CSIRMTG afin de pouvoir échanger en amont quant aux sujets donnant lieu à un avis.

Nous portons l'organisation de la CSIRMTG en présentiel et en alternance au sein de chacun des établissements du groupement. Toutefois, afin de tenir compte de la configuration du GHT et de contraintes individuelles, un mode hybride permettant également une participation en visio-conférence doit selon nous, être envisagé.

Ces dispositions visent à favoriser l'exercice du leadership partagé, concourant à rassurer les établissements parties quant aux craintes liées à leur positionnement au sein du groupement et à impliquer les établissements parties dans la gouvernance territoriale.

5.1.3 Adapter le modèle de gouvernance au contexte du territoire : quid des établissements en direction commune

Comme nous l'avons constaté, les directions communes sont de plus en plus fréquentes sur les territoires, associant des établissements sanitaires entre eux et/ou avec des

établissements médico-sociaux. Dans le cas d'un GHT dans lequel des établissements sont en direction commune et selon l'état des lieux que nous allons réaliser à notre prise de poste, notamment en fonction du niveau de coopération entre établissements et du nombre de DS présents, nous proposerons la mise en place d'une CSIRMTUG à court ou moyen terme.

Ainsi, si le niveau de coopération est suffisant (en référence au modèle développé par Olivier Devillard. Cf. p.12), nous proposerons une mise en place rapide, d'autant plus si la Direction des Soins est commune entre ces établissements. Cependant, si nous percevons que les établissements ne sont pas prêts, nous engagerons un travail afin de préparer les professionnels paramédicaux à la constitution de cette instance unifiée de groupement.

Le GHT peut en effet encore générer des craintes et incertitudes pour certains acteurs. Il s'agit alors pour nous, de lever ces réticences et de renforcer ou de développer une dynamique de travail commune notamment à travers la mise en œuvre de projets partagés. Nous pouvons commencer par le PSP/PMSP et nous centrer sur les parcours patients puis continuer avec des projets spécifiques, adaptés au contexte et aux besoins des établissements membres.

Certains DS interviewés nous ont d'ailleurs expliqué que la mise en œuvre d'une culture partagée permettant l'installation d'une CSIRTUG s'était inscrite dans la durée mais qu'elle apporte des bénéfices en termes d'optimisation du temps, en évitant de repasser les mêmes sujets à l'instance de chacun des établissements de la direction commune.

Nous proposons également d'associer l'ensemble des DS à l'instance et à sa préparation afin de constituer un véritable collectif de DS et de pouvoir fonctionner en équipe territoriale.

5.2 Etablir un environnement propice à la coopération entre Directeurs des Soins au sein du territoire

5.2.1 Le PCSIRMTG, un acteur de premier ordre

Comme nous l'avons abordé dans le cadre conceptuel et démontré dans l'analyse des entretiens, la connaissance mutuelle des acteurs constitue un prérequis pour travailler ensemble. Ainsi, nous souhaitons programmer au cours du premier semestre suivant notre prise de poste, une rencontre avec le PCSIRMTG et chacun des DS du GHT dans lequel nous allons exercer. Cette première prise de contact nous permettra de nous présenter, de connaître nos collègues et d'identifier d'éventuels sujets pouvant être travaillés ensemble.

En effet, le PCSIRMTG crée un environnement favorable pour qu'une dynamique de travail effective puisse exister. Il favorise les échanges, la participation et l'implication de tous les DS, PCSIRMT ou non dans le but notamment, de faciliter l'identification de sujets communs. Même s'il n'a pas de lien hiérarchique sur les autres DS du GHT, les résultats de l'enquête nous ont montré la nécessité pour le PCSIRMTG, d'animer et de coordonner les activités

au niveau du territoire. Ainsi, le PCSIRMTG affirme son leadership et adopte un management participatif permettant de fédérer les DS du GHT tout en développant une relation de confiance et en favorisant la transparence entre les établissements et leurs acteurs.

Comme nous l'avons abordé, le PCSIRMTG n'est pas le seul à porter cette instance et la dynamique territoriale. Chaque DS contribue en effet, par son ouverture et son implication, à développer une coopération et un fonctionnement en équipe territoriale.

Si la présidence de la CSIRMTG nous revient, nous veillerons à favoriser et à encourager la participation des différents DS en les impliquant dans la préparation et l'organisation de l'instance et dans les prises de décisions associées. Il s'agit pour nous, d'adopter une attitude et une posture facilitant l'implication de tous et d'animer le collectif d'une manière participative. Nous veillerons également, selon la fiche de missions établie avec les collègues, à coordonner les actions menées notamment à travers des temps d'échanges et de partage.

5.2.2 Se réunir autour de la CSIRMTG mais pas que...

Suite aux réflexions que nous avons menées au cours de ce travail, en lien avec les données issues de l'enquête exploratoire, de l'analyse des entretiens et de nos expériences vécues, il nous apparaît indispensable de planifier des moments d'échanges et de partage entre pairs.

Pour ce faire, nous proposons d'organiser des réunions territoriales, regroupant l'ensemble des DS du GHT, PCSIRMT ou non, à une fréquence mensuelle. Le fait d'associer tous les DS nous paraît être un facteur important contribuant au développement d'une dynamique territoriale qui permet ainsi, de créer un collectif DS au sein du GHT et de favoriser la constitution d'une équipe territoriale.

Ces réunions nous permettront, en tant que DS, d'échanger sur :

- les projets menés au sein de chaque établissement et au niveau du GHT afin notamment d'en vérifier la cohérence
- les pratiques professionnelles en favorisant les retours d'expériences en particulier sur des pratiques innovantes telles que la pratique avancée, la recherche en soins, la politique et les mesures en faveur de l'attractivité et de la fidélisation des personnels...
- les difficultés que nous pouvons rencontrer afin de faciliter la recherche collective de solutions
- la préparation des différentes réunions auxquelles les DS participent. Il s'agit alors, en cas de désaccord entre DS, de s'accorder sur un positionnement et une stratégie partagés et de définir la communication en lien

- le reporting de la participation aux réunions et groupes de travail en tant que représentant du PCSIRMTG

- la préparation de l'instance avec notamment la construction de l'ordre du jour contenant des sujets communs et partagés

Il s'agit donc pour nous, d'organiser des réunions qui ne soient pas exclusivement centrées sur la préparation de l'instance mais favorisent le partage et les échanges entre tous les DS et contribuent tant aux retours d'expériences qu'à la résolution collective de problèmes. De même, nous pouvons travailler quant à la mise en œuvre des missions réglementaires en lien avec les GHT. Dans le cadre du développement des compétences des professionnels paramédicaux, nous pouvons décliner, avec les DS et les Directeurs des Ressources Humaines du groupement, un plan de formation territorial qui réponde aux besoins et priorités du GHT. Ainsi, des actions de formation regroupant des professionnels des établissements membres peuvent être proposées. Cette organisation permet alors de développer une culture commune et de renforcer le sentiment d'appartenance. En effet, ces actions favorisent les échanges, le partage, la mise à jour et le développement de connaissances communes et partagées.

Nous programmons ces réunions territoriales de DS en lien avec la programmation de la CSIRMTG et favorisons un mode présentiel au sein des différents établissements membres tout en permettant de participer à distance. L'enjeu étant pour nous, une participation forte.

5.2.3 Faciliter la communication et le partage d'informations

Le fonctionnement territorial nécessite pour les DS concernés, d'avoir les moyens de partager facilement les informations, les documents et divers supports ainsi que de pouvoir organiser des réunions en visio-conférence.

Pour cela, nous sollicitons notre collègue directeur en charge des systèmes d'information afin de mettre en place si cela n'existe pas, un fichier commun partagé entre tous les DS du GHT et de déployer des outils interopérables pour faciliter le partage des données. Cette demande va dans le sens de la convergence du système d'information qui est l'une des missions confiées aux GHT.

Nous proposons également à notre collègue en charge de la direction du système d'information, de créer des listes de diffusion au niveau de la messagerie pour faciliter la diffusion de messages et supports tels que les comptes-rendus de réunions. De même, nous proposons la mise en place d'un système de messagerie avec un domaine lié au GHT afin de faciliter la recherche des interlocuteurs au sein d'un annuaire dimensionné au niveau du groupement et de renforcer le sentiment d'appartenance.

La mise à disposition et la communication des informations concourent à développer la transparence entre les établissements et à favoriser une relation de confiance nécessaire

pour dépasser d'éventuels enjeux de pouvoir liés à la détention d'informations. Ce dernier point permettra également d'éviter les craintes pouvant être ressenties par certains établissements parties comme nous l'avons déjà évoqué.

5.3 Créer et maintenir les conditions favorables au fonctionnement en équipe territoriale de Directeurs des Soins

Afin de pouvoir fonctionner en équipe, il convient d'identifier les éventuels obstacles dans notre futur environnement et de tenter de les lever. Ainsi, différents leviers au fonctionnement en équipe ont été identifiés dans le cadre conceptuel dont nous avons pu analyser pour certains, la mise en œuvre lors de notre enquête. Même si tous ces éléments semblent nécessaires pour fonctionner en équipe territoriale de DS, il nous faut cependant les adapter au contexte de notre GHT et à ses acteurs.

5.3.1 Dédier des moyens afin d'assurer une animation territoriale efficace

Le principal obstacle au fonctionnement territorial identifié dans le cadre de notre enquête et que nous avons pu expérimenter au cours de notre second stage, est celui du temps.

Ainsi, comme nous l'avons évoqué dans une précédente préconisation, la structuration de l'organisation territoriale nous semble constituer un élément majeur. Il s'agit en effet de définir et de s'accorder sur les modalités de fonctionnement et de coordination au niveau du territoire. Ainsi, selon nous, la répartition des missions entre les DS du GHT permet de ne pas surcharger le PCSIRMTG et d'impliquer l'ensemble des collègues.

Toutefois, cette organisation peut rapidement trouver ses limites si nous voulons aller plus loin dans le fonctionnement territorial puisque tous les DS nous ont évoqué cette problématique de manque de temps.

En conséquence, nous proposons que le PCSIRMTG soit identifié en tant que coordonnateur territorial comme nous l'avons observé au sein d'un groupement tout en maintenant l'absence de lien hiérarchique sur les autres DS, et puisse disposer de moyens dédiés afin d'assurer ses missions.

Pour ce faire, nous proposons qu'un temps de secrétariat soit attribué au PCSIRMTG (quotité à adapter selon la configuration du groupement). Ce temps peut être octroyé au niveau du secrétariat du PCSIRMTG ou mutualisé par exemple, avec le secrétariat de la direction en charge des coopérations territoriales. Une évaluation de la charge de travail au niveau de ces secrétariats est nécessaire afin d'évaluer l'existence de marges d'optimisation des organisations.

Afin que l'établissement dans lequel exerce le PCSIRMTG ne soit pas le seul à supporter la charge financière liée à ce temps dédié, nous proposons que le coût soit réparti entre les différents établissements membres du GHT.

Conscient du contexte financier dans lequel les établissements de santé évoluent et de la difficulté de supporter une charge financière supplémentaire, nous mettons en perspective les gains auxquels le GHT peut prétendre avec une gestion de projets renforcée à l'échelle du groupement. Que ce soit dans le cadre de l'optimisation et de la fluidification des parcours patients en lien avec le corps médical ou de fonds récupérés par l'intermédiaire d'appels à projets à l'échelle du groupement.

De plus, la dynamique territoriale installée via ces projets peut favoriser la visibilité du GHT et représenter un atout en termes d'attractivité, tant pour les professionnels que pour les usagers. L'implication des professionnels dans cette dynamique peut également constituer un facteur de fidélisation tant recherchée de nos jours.

Il nous semble en effet important en tant que PCSIRMTG et/ou DS du GHT, de valoriser les travaux menés par les professionnels paramédicaux ainsi que de faire connaître et reconnaître la CSIRMTG auprès de la communauté hospitalière et au-delà, auprès des acteurs du territoire.

5.3.2 Renforcer la cohésion de l'équipe de Directeurs des Soins au sein du GHT

Afin de développer la coopération entre DS du GHT et de contribuer à la constitution d'une équipe territoriale ou de renforcer la cohésion entre ses membres, nous suggérons la mise en place d'actions spécifiques à destination des DS.

Nous proposons d'organiser chaque année un séminaire entre DS du GHT afin de nous rencontrer, d'échanger et de travailler ensemble et ce, en dehors de nos établissements de rattachement. Sous un format d'une journée, ce séminaire pourrait s'articuler autour de retours d'expériences, de conférences avec des personnes extérieures et avec des profils que nous ne côtoyons pas forcément au quotidien tels que philosophes, sociologues...

De même, des actions de type « Team Building », de traduction littérale « construction d'équipe », nous semblent intéressantes à déployer. Ces actions permettent en effet, de renforcer la cohésion du groupe par l'intermédiaire d'activités collectives telles que des activités sportives, créatives ou ludiques selon les objectifs fixés, le profil et le niveau de maturité de l'équipe ainsi que la situation géographique des établissements membres.

Selon la configuration du GHT (nombre d'établissement) et des coopérations actuelles ou souhaitées, induites par les flux patients et/ou la position géographique, nous pouvons envisager de réaliser ce séminaire en commun avec les DS d'un autre groupement.

De même, selon le profil de notre GHT (nombre de personnes), nous pouvons envisager de faire participer l'encadrement supérieur à ce type d'événement afin de favoriser la connaissance mutuelle entre les acteurs des établissements membres, d'apprendre à travailler ensemble, de valoriser les actions menées dans les établissements et de développer une dynamique de partage et d'échanges.

5.3.3 Rassembler la communauté paramédicale

Au titre de président ou membre d'instances locales et territoriales, nous contribuerons à valoriser les actions menées afin d'encourager les personnels paramédicaux à poursuivre la dynamique engagée.

En effet, en tant que DS nous comptons impulser une dynamique projets concourant à développer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que de la Qualité de Vie et des Conditions de Travail des professionnels dont nous avons la responsabilité. Pour ce faire, nous impliquerons les professionnels paramédicaux dans les projets à l'échelle de l'établissement tels que le PSIRMT et du GHT avec le PSP et/ou le PMSP. Si ces projets sont majeurs, nous mènerons également d'autres projets plus spécifiques afin de répondre aux besoins et aux enjeux locaux et territoriaux. Nous solliciterons pour cela d'autres personnes ressources telles que directeurs, médecins... et impliquerons les représentants des usagers ainsi que les usagers dans cette dynamique.

Malgré le recul de quelques années depuis leur création, les GHT peuvent encore ne pas avoir de sens pour certains professionnels et pour d'autres, susciter des réticences ou des craintes en lien notamment avec des mutualisations de moyens.

Ainsi, il nous semble important de montrer à la communauté paramédicale les possibilités d'ouverture et de partage offertes par l'organisation territoriale.

Nous proposons de mobiliser les professionnels du GHT, comme nous l'avons fait pour les DS et l'encadrement supérieur, afin de leur permettre de se connaître, de tisser ou de renforcer les liens existants et d'apprendre à travailler ensemble. Ainsi, comme cela est organisé dans certains GHT de notre échantillon, nous proposons d'organiser une journée paramédicale de territoire afin de rassembler les acteurs du groupement et de valoriser l'ensemble des projets et actions menés par les professionnels paramédicaux emmenés par l'équipe territoriale de DS.

Nous pensons que ce type d'action, qui rassemble la communauté paramédicale contribue également à renforcer les liens entre DS par la valorisation des actions menées et des victoires communes qui renforcent le collectif.

De même, ces dispositions n'excluent pas d'organiser des moments de convivialité qui permettent aussi de nouer et/ou, de renforcer les liens entre les acteurs.

Pour ce faire, nous proposerons, à la fin de certaines réunions de coordination territoriale, d'organiser un repas permettant de rassembler le collectif DS dans un contexte différent et de contribuer au développement de la maturité du fonctionnement en équipe territoriale.

Conclusion

La création des GHT par la LMSS a contraint les acteurs des établissements de santé dont les directeurs, à développer des formes de travail en commun et plus spécifiquement à coopérer afin de répondre aux missions confiées à ces groupements par la législation.

Si les DS ont été impliqués par le législateur dans la gouvernance territoriale, notamment à travers la CSIRMTG, il s'agit pour eux, d'une injonction à travailler ensemble à l'échelle du territoire et à produire entre autres, un PSP. Selon les contextes, la dynamique engagée par les DS sous l'impulsion du PCSIRMTG, ne va pas plus loin que la réponse aux obligations réglementaires alors que dans d'autres groupements, ce fonctionnement représente une véritable opportunité d'enrichissement mutuel pour les DS. L'enquête terrain nous a montré que, pour les DS de l'échantillon, la dimension territoriale est davantage vécue comme une démarche volontaire qui apporte une réponse à certains de leurs besoins plutôt que dans une perspective de coopération subie même s'il est parfois nécessaire de dépasser certaines craintes liées notamment aux enjeux de pouvoir entre les acteurs des établissements membres.

En ce sens, afin de répondre à notre question de recherche, il s'avère que la CSIRMTG constitue un point de départ pour la coopération entre DS d'un GHT. En effet, cette instance territoriale permet aux DS de se rassembler et favorise ainsi les nécessaires échanges et le partage entre pairs. De même, ce travail en commun contribue au développement de certaines caractéristiques essentielles au fonctionnement en équipe territoriale telles que le sentiment d'appartenance, la cohésion entre les membres tout comme le partage de valeurs et d'objectifs communs. Il apparaît également que ce fonctionnement territorial permet de lutter contre l'isolement ressenti par certains DS et contribue de ce fait, à l'amélioration de leur Qualité de Vie et de leurs Conditions de Travail dans la mesure où le collectif permet à chacun de s'épanouir.

Le développement du mode de travail coopératif représente un élément de réponse aux enjeux de Santé Publique notamment dans le cadre du virage ambulatoire. Il s'agit pour les établissements de santé et leurs acteurs dont les DS, de développer ces formes de travail en commun au-delà des murs de l'hôpital afin de renforcer les relations vers la ville. Par ailleurs, la mise en place de modèles intégratifs tels que les directions communes se multiplie au sein des territoires. Cette option facilitant le travail en commun, représente peut-être une stratégie à développer dans le but de faciliter et de fluidifier l'organisation de la réponse hospitalière aux besoins de santé de la population. Ainsi, la création d'établissements de santé territoriaux suggérée par l'IGAS en 2019, pourrait-elle constituer une réponse d'avenir ? ...

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

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.

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

Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé.

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

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

Décret n°2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L.6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire.

Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

Décret n°2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

Ouvrages

Abrami, P.-C. e. (1996). *L'apprentissage coopératif - Théories, méthodes, activités*.

Montréal: Chenelière.

Crozier, M., & Erhard, F. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Seuil.

Devillard, O. (2017). *La dynamique des équipes et l'intelligence collective*. Paris: Eyrolles.

Foudriat, M. (2021). *La co-construction en actes - savoirs et savoirs-faire pratiques pour faciliter la mise en oeuvre*. Paris: ESF.

Gallet, B. (2017). *Les coopérations en santé*. Rennes: Presses de l'EHESP.

- Mucchielli, R. (1967). *La dynamique des groupes - Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*. Paris: ESF.
- Mucchielli, R. (1975). *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective*. Paris: ESF.
- Vander Borght, C. (2019). Coopération. *Dictionnaire de sociologie clinique*, 160-161. ERES.
- Verrier, G., & Nicolas, B. (2020). *Les RH en 2030 - 30 pistes concrètes pour réinventer l'entreprise*. Paris : Dunod.
- Vigneron, E. (2017). *L'Hôpital & le Territoire - de la coopération aux GHT, une histoire pour le temps présent*. Paris: SPH.

Rapports et guides

- Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (2010). Référentiel métier de Directeur des soins.
- Inspection Générale des Affaires Sociales. (2019). *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire*.
- Ministère des affaires sociales et de la santé. (2016, mai 26). GHT Mode d'emploi - Vademecum : les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement.
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (2015). *Mission Groupement Hospitalier de Territoire, rapport intermédiaire*.

Revues

- Amri, K. (2020, Mars). GHT... Bilan et perspectives. *Finances Hospitalières*, pp. 11-16.
- Gruson, D. (2017, Septembre). Directeur d'hôpital dans un GHT, un métier en profonde mutation. *Soins Cadres*, pp. 21-23.
- Leroy, C. (2018, Mars-Avril). Le directeur des soins et le GHT - Une ressource entre les enjeux identitaires, stratégiques et politiques. *Techniques Hospitalières*, pp. 43-46.
- Louis-Burlat, I. (2017, Septembre). Mobiliser des compétences pour une performance collective. *Soins Cadres*, p. 15.
- Marzano, M. (2010). Qu'est-ce que la confiance? (SER, Éd.) *Etudes*, 2010/1(412), pp. 53-63.
- Schweyer, F.-X. (2017, Mai). Les directeurs des soins dans la préfiguration des GHT. *Soins cadres*, pp. S8-S11.

Zimmermann, J.-F. (2017, Mai). DS/CGS et GHT, La fonction dans une dimension élargie. *Gestions hospitalières*, pp. 292-297.

Autres Ressources

Centre National de Gestion. (2022). Eléments statistiques sur les directeurs des soins statutaires - situation au 1er janvier 2022.

Delcourt, L. (2006). "*Coopération*" : une ébauche de problématisation. Récupéré sur CETRI: <https://cetri.be/Cooperation-une-ebauche-de-problematization>

Fédération Hospitalière de France. (2021, Mai 31). Groupement Hospitalier de Territoire et médicalisation des décisions à l'hôpital.

Ministère de la Santé et de la Prévention. *Groupement hospitalier de territoire, les activités médicales et soignantes*. Récupéré sur Ministère de la Santé et de la Prévention: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/les-activites-medicales-et-soignantes>

Sites internet

Centre tricontinental

<https://www.cetri.be>

Fédération Hospitalière de France (FHF)

<https://www.fhf.fr/>

Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

Légifrance - Le service public de la diffusion du droit (legifrance.gouv.fr)

<https://www.legifrance.gouv.fr>

Ministère de la Santé et de la Prévention (sante.gouv.fr)

<https://sante.gouv.fr/spip.php>

Liste des annexes

- Annexe I : Questionnaire de l'enquête exploratoire
- Annexe II : Analyse de l'enquête exploratoire
- Annexe III : Guide d'entretien – enquête terrain DS

Annexe I : Questionnaire de l'enquête exploratoire

I. Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques de Groupement

1. Des réunions de la CSIRMT de groupement sont-elles organisées ?
OUI / NON
2. Si oui : à quelle fréquence ?
 - i. Moins de 3 fois par an
 - ii. 3 fois par an
 - iii. Plus de 3 fois par an
3. La CSIRMT de groupement et les CSIRMT ont-elles été unifiées au sein du groupement ?
OUI / NON
4. Dans quel type d'établissement exerce le président de la CSIRMT de groupement ?
 - i. Etablissement support
 - ii. Autre établissement

II. Projet Soignant ou Médico-Soignant Partagé

1. Le Projet Soignant Partagé est-il formalisé ?
OUI / NON
2. Si oui, sous quelle forme ?
 - i. Projet Soignant Partagé
 - ii. Projet Médico-Soignant Partagé
3. Le projet Soignant partagé est-il mis en œuvre ?
OUI / NON
4. Si oui, à quel degré ?
 - i. Partiellement
 - ii. En majorité
 - iii. Totalement

III. Dynamique territoriale

1. Existe-t-il des rencontres / réunions entre les Directeurs des Soins du GHT en dehors de celles liées à la CSIRMT de groupement ou aux Groupes de travail du Projet Soignant Partagé ?
2. Si oui :
 - i. Dans quel cadre ?
 - ii. Sous quelle forme ?
 - iii. A quelle fréquence ?
3. Y a-t-il des postes de Directeurs des Soins vacants dans le GHT ?

Annexe II : Analyse de l'enquête exploratoire

Rappel méthodologique :

Questionnaire réalisé sous la forme « Google Forms » et adressé le 2 mai 2023, à l'ensemble des élèves Directeurs des Soins de la promotion 2023 - Théodore MONOD

Retour de 29 questionnaires sur les 35 envoyés, soit un taux de réponse de 83%.

Analyse des réponses :

I. Périmètre du GHT de l'établissement dans lequel le stage se déroule

1. Composition du GHT

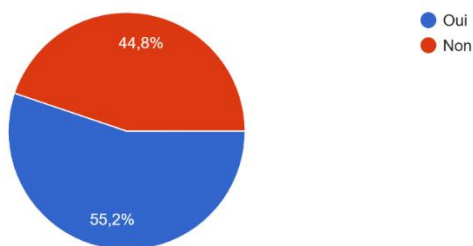
La répartition du nombre d'établissements oscille entre 2 et 17.

Nb. Etablissements	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Effectif	2	3	1	1	3	4	0	2	6	1	1	1	1	1	0	1

La moyenne du nombre d'établissements au sein de l'échantillon est à 8,1.
La médiane est à 8.

2. Présence d'un CHU dans le GHT

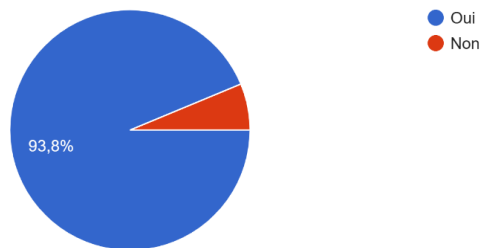
Un CHU est-il dans le GHT?
29 réponses



La majorité des GHT comporte un CHU (16 - 55,2% / 13 – 44,8%). Cette fréquence est à mettre en lien avec la répartition des élèves de la promotion au sein des différents GHT du territoire métropolitain.

3. Statut du CHU en tant qu'établissement support du GHT

16 réponses

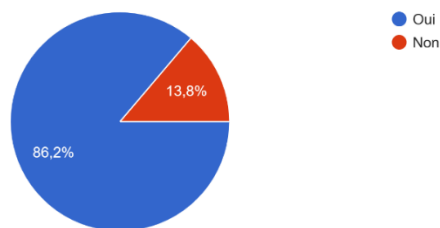


Au sein des GHT qui comportent un CHU, ce dernier est l'établissement support dans la majorité des cas (15 – 93,8% / 1 – 6,2%).

II. Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques de groupement

1. Organisation de CSIRMT de groupement

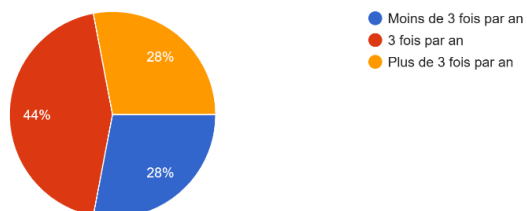
Des réunions de la CSIRMT de territoire sont-elles tenues?
29 réponses



Des réunions de la CSIRMT de groupement sont tenues dans la majorité des GHT (25 – 86,2% / 4 – 13,8%).

2. Fréquence des CSIRMT de groupement

25 réponses

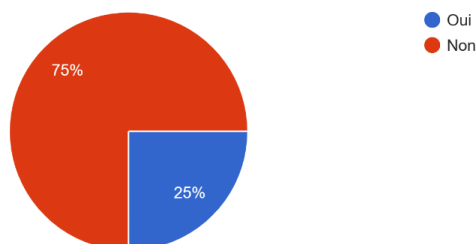


La majorité des réunions de la CSIRMT de groupement sont organisées 3 fois par an, conformément à la réglementation en vigueur (11 – 44%). Ensuite, à parts égales (7 – 28%), les CSIRMT sont organisées plus fréquemment ou à une fréquence moins élevée.

III. CSIRMT de groupement et CSIRMT de chaque établissement

1. Les CSIRMT sont-elles fusionnées ?

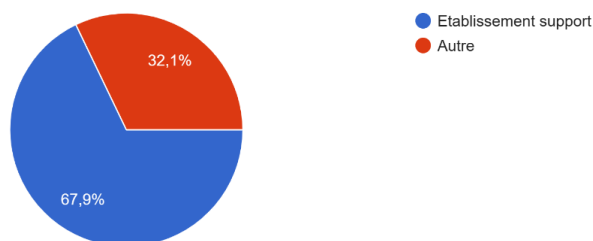
28 réponses



Dans la majorité des GHT de l'échantillon (21 – 75% / 7 – 25%), les CSIRMT propres à chaque établissement sont organisées tout comme l'instance territoriale. Seuls 7 GHT (25%) ont décidé de fusionner les CSIRMT de chaque établissement partie avec la CSIRMT de groupement pour former une instance unifiée de groupement, option offerte par la législation.

2. Lieu d'exercice du président de la CSIRMT de groupement

28 réponses



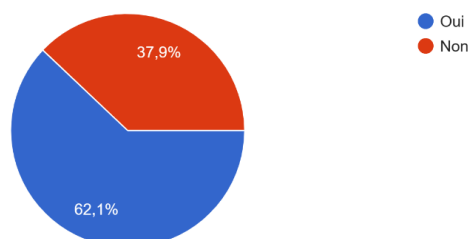
Le président de la CSIRMT de groupement exerce le plus souvent au sein de l'établissement support (19 – 67,9% / 9 – 32,1%). Les établissements supports étant principalement des CHU au sein des CHU au regard de la répartition des lieux de stages des élèves directeurs des soins.

IV. Projet de Soins Partagé

1. Formalisation du Projet de Soins Partagé

Le projet soignant partagé est-il formalisé?

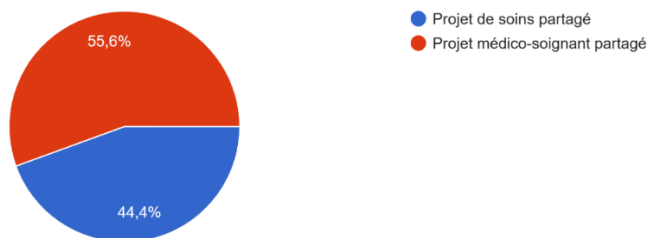
29 réponses



Dans la majorité des GHT (18 – 62,1% / 11 – 37,9%), un Projet de Soins Partagé a été formalisé.

2. Format du Projet de Soins Partagé

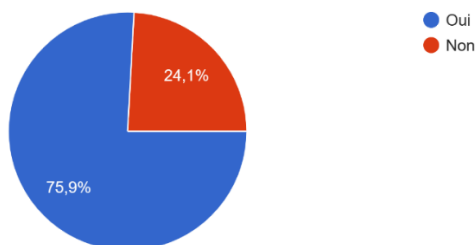
18 réponses



Au sein des GHT ayant formalisé un Projet de Soins Partagé (18 – 62,1% / 11 – 37,9%), celui-ci a été majoritairement rédigé sous la forme d'un projet médico-soignant (10 – 55,6% / 8 – 44,4%).

3. Mise en œuvre du projet partagé

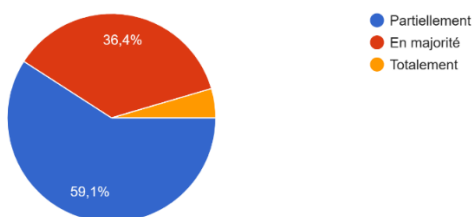
29 réponses



Les Projets des Soins Partagés ou Projets Médico-Soignants Partagés sont mis en œuvre dans les $\frac{3}{4}$ des GHT de l'échantillon (22 – 75,9% / 7 – 24,1%). Ce résultat est à mettre en corrélation avec la formalisation du projet. Ainsi la totalité des GHT dans lesquels un projet a été formalisé est mis en œuvre.

4. Degré de mise en œuvre :

22 réponses

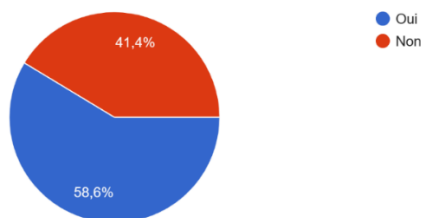


La mise en œuvre du Projet de Soins Partagé ou du Projet Médico-Soignant Partagé est partielle pour la majorité des GHT concernés (13 – 59,1%). Ceci peut s'expliquer par la programmation de la mise en œuvre des actions prévues sur la totalité de la durée du projet de soins partagé. Seul un GHT a mis en œuvre la totalité du projet de soins.

V. Dynamique territoriale

1. Rencontres entre directeurs des soins du GHT

Des rencontres/réunions entre directeurs des soins du GHT sont-elles organisées en dehors de celles liées à la CSIRMT de territoire ou aux groupes de travail en lien avec le projet de soins partagé?
29 réponses



La majorité des Directeurs des Soins (17 – 58,6% / 12 – 41,4%) organise au sein des GHT, des réunions en dehors de celles de la CSIRMT et de groupes de travail en lien avec la mise en œuvre du Projet de Soins Partagé.

2. Format des rencontres

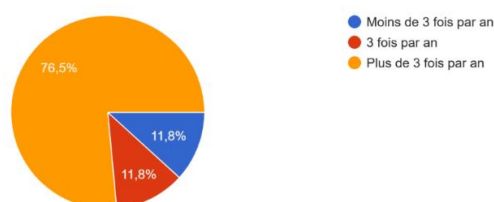
Question ouverte dont l'analyse thématique nous a permis de mettre en évidence les champs sémantiques suivants :

Thématique / objet de la réunion	Fréquence
1. Partages et retours d'expériences : Exemples : <ul style="list-style-type: none">- Pratiques innovantes- Certification- Plan de formation	5
2. Coordination entre CGS et DS Exemples : <ul style="list-style-type: none">- Projet de soins- Mobilités au sein du GHT	4
3. Filières de prises en charge	1

Il est à noter que sur certains territoires, ces réunions sont en organisées sous format Visio.

3. Fréquence de ces rencontres

A quelle fréquence?
17 réponses



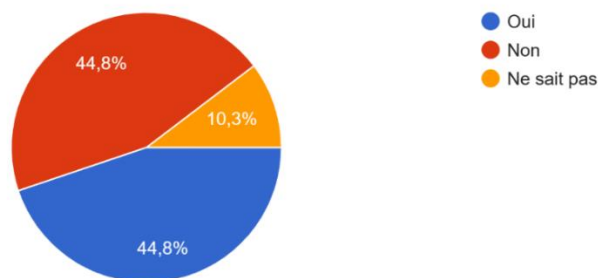
Ces réunions organisées par les Directeurs des Soins en dehors des réunions de la CSIRMT de groupement et de celles en lien avec des groupes de travail du Projet de Soins Partagé sont organisées plus de 3 fois par an (13 - 76,5%) ou avec une fréquence supérieure ou moindre à parts égales (2 - 11,8%).

4. Raisons évoquées en lien avec l'absence de réunions réalisées en dehors des CSIRMT de groupement

Raison	Fréquence
1. Présence d'un seul CGS sur le territoire	2
2. Manque de temps	2
3. Pas de besoin identifié	1
4. Contexte de fusion	1
5. Manque d'affinités	1

5. Postes vacants

29 réponses



Des postes de Directeurs des Soins sont vacants dans la moitié des GHT dans lesquels les élèves ont réalisé leur stage (13 - 44,8%).

VI. Remarques

Possibilité laissée aux répondants en fin de questionnaire, d'apporter des éléments complémentaires. Ainsi, il apparaît que :

- Des difficultés sont rencontrées quant au positionnement des établissements non CHU
- Prépondérance de l'établissement support
- Les rencontres nationales et régionales de l'Association Française des Directeurs des Soins représentent des opportunités de rencontres entre collègues.

Analyse croisée :

Profil des GHT dans lesquels :

1) Les réunions de la CSIRMT de groupement sont tenues (n=25)

Critère	Echantillon requête	Echantillon total	Commentaires
Nb de GHT	25	29	86,2%
Moyenne nb Ets.	8,24	8,1	Caractéristiques de l'échantillon légèrement supérieure à l'échantillon total
Médiane nb Ets.	9	8	

Critère	Parmi échantillon requêté n=25	Echantillon de référence sur le critère	Comparatif échantillon total	Commentaires
GHT comporte un CHU	n=15 60% des GHT qui tiennent des CSIRMT de groupement comportent un CHU	n=16 Parmi les GHT comportant un CHU, 15 réalisent des réunions de la CSIRMT de groupement : 93,8% <i>Dans tous les cas (15), le CHU est l'établissement support du GHT</i>	n=29 55,2% des GHT comportent un CHU (16)	Peu de différences entre les 2 échantillons. La présence d'un CHU pourrait constituer un élément favorisant la tenue des CSIRMT de groupement. De même, la quasi-totalité des GHT qui comportent un CHU tiennent des réunions de la CSIRMT de groupement.
Exercice du président de la CSIRMT de groupement au sein de l'Ets support	n=16 64% des GHT qui tiennent des CSIRMT de groupement ont leur président qui exerce au sein de l'Ets support	n=19 Parmi les GHT dans lesquels le président de la CSIRMT de groupement exerce au sein de l'Ets support, 16 mènent des CSIRMT de groupement : 84,2%	n=28 67,9% des présidents de CSIRMT de groupement exercent au sein de l'Ets support (19)	Pas de différence significative entre les échantillons. Le fait que le président de la CSIRMT de groupement exerce au sein de l'établissement support ne semble pas influencer sur la tenue des CSIRMT de groupement. La majorité des GHT dans lesquels le président de la CSIRMT de groupement exerce dans l'établissement support tient des réunions de la CSIRMT de groupement.
Fusion des CSIRMT	n=7 28% des GHT qui tiennent des CSIRMT de groupement ont une CSIRMT fusionnée	n=7 Toutes les CSIRMT fusionnées tiennent des réunions de l'instance territoriale	n=28 25% des CSIRMT de groupement sont unifiées (7)	La répartition dans les 2 échantillons n'est pas significativement différente. Toutefois, toutes les CSIRMT unifiées se réunissent

Critère	Parmi échantillon requêté n=25	Echantillon de référence sur le critère	Comparatif échantillon total	Commentaires
Formalisation du Projet de Soins Partagé	n=16 64% des GHT qui tiennent des CSIRMT de groupement ont formalisé leur projet de soins partagé	n=18 Parmi les GHT qui ont formalisé un projet de soins partagé, 16 tiennent des CSIRMT de groupement : 88,9%	n=29 62,1% des GHT ont formalisé leur projet de soins partagé (18)	Peu de différence entre les 2 échantillons. La dynamique engagée au niveau de la CSIRMT de groupement semble faiblement contribuer à concrétiser le projet de soins partagé.
Rencontres au-delà de la CSIRMT de groupement	n=15 60% des GHT qui tiennent des CSIRMT de groupement ont également d'autres rencontres entre DS	n=17 Parmi les GHT qui ont des rencontres en dehors de la CSIRMT de groupement, 15 tiennent des réunions de cette instance : 88,2%	n=29 58,6% des GHT tiennent des réunions en dehors des CSIRMT de groupement (17)	Les rencontres menées par les DS en dehors des CSIRMT de groupement sont menées de la même manière dans les 2 échantillons. Toutefois, la dynamique engagée par le cadre réglementaire semble être un facteur favorisant pour le dépasser.
Poste vacant	n=10 40% des GHT qui tiennent des CSIRMT de groupement ont des postes vacants	n=13 Parmi les GHT qui ont des postes vacants, 10 tiennent des CSIRMT de groupement : 76,9%	n=29 44,8% des GHT ont des postes vacants (13)	Le fait de mener des CSIRMT de groupement ne semble pas constituer un élément d'attractivité dans la mesure où la proportion est la même entre les 2 échantillons.

➔ Il ne semble pas y avoir d'éléments discriminants quant au profil des GHT qui tiennent des CSIRMT de groupement au regard du critère de présence. Cependant, la présence d'un CHU au sein du GHT pourrait constituer un élément à prendre en compte dans la dynamique territoriale.

2) Les CSIRMT ont été fusionnées

Critère	Echantillon requête	Echantillon total	Commentaires
Nb de GHT	7	28	25%
Moyenne nb Ets.	5,14	8,1	Les GHT qui ont fusionné leurs CSIRMT en une CSIRMT unifiée de groupement comportent un nombre d'établissements plus faible que dans l'échantillon total
Médiane nb Ets.	6	8	

Critère	Parmi échantillon requis n=7	Echantillon de référence sur le critère	Comparatif échantillon total	Commentaires
GHT comporte un CHU	n=3 42,9% des GHT qui ont unifié leurs CSIRMT comportent un CHU	n=16 Parmi les GHT qui comportent un CHU, 3 ont unifié leurs CSIRMT : 18,7%	n=29 55,2% des GHT comportent un CHU (16)	Il semble y avoir moins de CSIRMT unifiées au sein des GHT qui comportent un CHU. La présence d'un CHU dans le GHT ne semble donc pas être un élément en faveur de la fusion des CSIRMT : → <i>Peur des autres établissements parties de disparaître ?</i>
Exercice du président de la CSIRMT de groupement au sein de l'Ets support	n=5 71,4% des GHT qui ont unifié leurs CSIRMT ont leur président qui exerce au sein de l'Ets support	n=19 Parmi les GHT dans lesquels le président de la CSIRMT de groupement exerce au sein de l'Ets support, 5 ont une CSIRMT unifiée : 26,3%	n=28 67,9% des présidents de CSIRMT de groupement exercent au sein de l'Ets support (19)	Le fait que le président de la CSIRMT de groupement exerce au sein de l'établissement support ne semble pas ou peu, influencer en faveur de la fusion des CSIRMT <i>Attention à la taille de l'échantillon</i>
Tenue de la CSIRMT de groupement	n=7 100% des GHT qui ont unifié leurs CSIRMT se réunissent	n=25 Parmi les GHT qui tiennent des CSIRMT de groupement, 7 ont unifié leurs CSIRMT : 28%	n=29 86,2% des GHT tiennent des CSIRMT de groupement (25)	La fusion des CSIRMT en une instance unifiée de groupement semble représenter un facteur favorable à la tenue des CSIRMT de groupement dans la mesure où tous ces GHT tiennent des réunions.
Formalisation du Projet de Soins Partagé	n=4 57,1% des GHT qui ont unifié leurs CSIRMT ont formalisé leur projet de soins partagé	n=18 Parmi les GHT qui ont formalisé leur projet de soins partagé, 4 ont unifié leurs CSIRMT : 22,2%	n=29 62,1% des GHT ont formalisé leur projet de soins partagé (18)	La fusion des CSIRMT ne semble pas influencer ou peu sur la formalisation du projet de soins partagé. <i>Attention à la taille de l'échantillon</i>
Rencontres au-delà de la CSIRMT de groupement	n=5 71,4% des GHT qui ont unifié leurs CSIRMT mènent des rencontres entre DS en dehors des CSIRMT de groupement	n=17 Parmi les GHT qui mènent des rencontres en dehors de la CSIRMT de groupement, 5 ont unifié leurs CSIRMT : 29,4%	n=29 58,6% des GHT tiennent des réunions en dehors des CSIRMT de groupement (17)	Les GHT dans lesquels les CSIRMT ont été fusionnées en une instance unifiée de groupement mènent davantage de rencontres en dehors de cette instance. → <i>L'unification est-elle un facteur de dynamique ?</i> → <i>Lien vers une équipe territoriale de DS ?</i>

Critère	Parmi échantillon requis n=7	Echantillon de référence sur le critère	Comparatif échantillon total	Commentaires
Poste vacant	n=2 28,6% des GHT qui ont fusionné leurs CSIRMT ont des postes vacants	n=13 Parmi les GHT qui ont des postes vacants, 2 ont fusionné leurs CSIRMT : 15,4%	n=29 44,8% des GHT ont des postes vacants (13)	La dynamique engagée par la fusion des CSIRMT avec la CSIRMT de groupement pourrait constituer un élément d'attractivité

→ La fusion des CSIRMT des établissements parties des GHT concernés avec la CSIRMT de groupement en une CSIRMT Unifiée de Groupement semble avoir un effet sur la dynamique engagée autour des réunions de cette instance, de la formalisation du projet de soins partagé et d'autres rencontres.

De même, une tendance se dessine en faveur d'un nombre moins important de postes vacants de Directeurs des Soins au sein de ces mêmes GHT.

3) Le président de la CSIRMT de groupement exerce hors de l'établissement support

Critère	Echantillon requête	Echantillon total	Commentaires
Nb de GHT	9	28	32,1%
Moyenne nb Ets.	7,8	8,1	Caractéristiques de l'échantillon quasi similaires à l'échantillon total
Médiane nb Ets.	8	8	

Critère	Parmi échantillon requis n=9	Echantillon de référence sur le critère	Comparatif échantillon total	Commentaires
GHT comporte un CHU	n=6 66,7% des GHT dans lesquels le président de la CSIRMT de groupement exerce hors établissement support comportent un CHU	n=9 Dans les GHT qui comportent un CHU, 6 présidents de la CSIRMT de groupement exercent hors Ets. Support : 66,7%	n=29 55,2% des GHT comportent un CHU (16)	L'échantillon dans lequel les présidents exercent hors établissements supports comporte davantage de CHU. Les CHU semblent dans cet échantillon laisser la présidence de la CSIRMT de groupement à un autre établissement → <i>Peur des autres établissements ?</i>

Critère	Parmi échantillon requêté n=9	Echantillon de référence sur le critère	Comparatif échantillon total	Commentaires
Tenue des CSIRMT de groupement	n=9 100% des GHT dans lesquels le président de la CSIRMT de groupement exerce hors établissement support tiennent des réunions de l'instance	n=25 Parmi les GHT qui tiennent des CSIRMT de groupement, 9 présidents exercent hors de l'établissement support : 36%	n=29 86,2% des GHT tiennent des CSIRMT de groupement (25)	Le lieu d'exercice du président de la CSIRMT de groupement semble influencer sur la tenue des réunions de l'instance Ainsi, la présidence hors établissement support semble être un facteur favorisant à la tenue des CSIRMT de groupement.
Fusion des CSIRMT	n=2 22,2% des GHT dans lesquels le président de la CSIRMT de groupement exerce hors établissement support ont des CSIRMT unifiées	n=7 Parmi les GHT qui ont fusionné leurs CSIRMT, 2 présidents exercent hors de l'Ets support : 28,6%	n=28 25% des CSIRMT de groupement sont unifiées (7)	Le fait que le président de la CSIRMT de groupement exerce en dehors de l'établissement support ne semble pas avoir d'impact sur la fusion des CSIRMT.
Formalisation du Projet de Soins Partagé	n=8 88,9% des GHT dans lesquels le président de la CSIRMT de groupement exerce hors établissement support ont formalisé leur projet de soins partagé	n=18 Parmi les GHT qui ont formalisé leur projet de soins partagé, 8 présidents exercent hors de l'Ets support : 44,4%	n=29 62,1% des GHT ont formalisé leur projet de soins partagé (18)	Lorsque la présidence de la CSIRMT de groupement est assurée par un DS n'exerçant pas au sein de l'établissement support, le projet de soins partagé est davantage formalisé. La présidence hors établissement support semble donc favoriser la dynamique relative à formalisation du projet de soins partagé. → <i>Lien avec l'équipe et la peur vis à vis de l'établissement support ?</i>
Rencontres au-delà de la CSIRMT de groupement	n=9 100% des GHT des GHT dans lesquels le président de la CSIRMT de groupement exerce hors établissement support mènent des rencontres entre DS en dehors des CSIRMT de groupement	n=17 Parmi les GHT qui mènent des rencontres en dehors de la CSIRMT de groupement, 9 présidents exercent hors Ets support : 52,9%	n=29 58,6% des GHT tiennent des réunions en dehors des CSIRMT de groupement (17)	Les GHT dans lesquels le président de la CSIRMT de groupement exerce hors établissement support mènent pour la totalité des rencontres en dehors de cette instance. Cette présidence hors établissement support semble donc favoriser la dynamique au sein du territoire. → <i>Lien avec l'équipe et la peur vis à vis de l'établissement support ?</i>

Critère	Parmi échantillon requête n=9	Echantillon de référence sur le critère	Comparatif échantillon total	Commentaires
Poste vacant	n=1 11,1% des GHT dans lesquels le président de la CSIRMT de groupement exerce hors établissement support ont des postes vacants	n=13 Parmi les GHT dans lesquels le président de la CSIRMT de groupement exerce hors établissement support, 1 a des postes vacants : 7,7%	n=29 44,8% des GHT ont des postes vacants (13)	La dynamique engagée dans les GHT au sein desquels la présidence de la CSIRMT de groupement est assurée par un DS exerçant hors établissement support pourrait constituer un élément d'attractivité → Lève la crainte / établissement support : fusion, perte d'autonomie...

→ Le fait que le président de la CSIRMT de groupement exerce dans un autre établissement que l'établissement support semble représenter un critère discriminant positif en faveur de la dynamique territoriale menée par les Directeurs de Soins.

4) Mise en place d'un Projet Médico-Soignant Partagé

Critère	Echantillon requête	Echantillon total	Commentaires
Nb de GHT	10	18	55,6%
Moyenne nb Ets.	7,3	8,1	Caractéristiques de l'échantillon quasi similaires à l'échantillon total
Médiane nb Ets.	8	8	

Critère	Parmi échantillon requête n=10	Echantillon de référence sur le critère	Comparatif échantillon total	Commentaires
GHT comporte un CHU	n=7 70% des GHT qui ont établi un projet médico-soignant partagé comportent un CHU	n=16 Parmi les GHT qui comportent un CHU, 7 ont formalisé un projet médico-soignant partagé : 77,8%	n=29 55,2% des GHT comportent un CHU (16)	La présence d'un CHU au sein du GHT semble encourager la formalisation d'un projet médico-soignant partagé au regard de l'écart entre les 2 échantillons.
Tenue des CSIRMT de groupement	n=9 90% des GHT qui ont établi un projet médico-soignant partagé tiennent des réunions de l'instance territoriale	n=25 Parmi les GHT qui tiennent des CSIRMT de groupement, 9 ont établi un projet médico-soignant partagé : 36%	n=29 86,2% des GHT mènent des réunions de la CSIRMT de groupement (25)	La mise en place d'un projet médico-soignant partagé ne semble pas influencer sur la tenue des CSIRMT de groupement.

Critère	Parmi échantillon requis n=10	Echantillon de référence sur le critère	Comparatif échantillon total	Commentaires
Fusion des CSIRMT	n=1 10% des GHT qui ont établi un projet médico-soignant partagé ont des CSIRMT unifiées	n=7 Parmi les GHT qui ont unifié leurs CSIRMT, 1 GHT a établi un projet médico-soignant partagé : 14,3%	n=28 25% des GHT ont des CSIRMT unifiées (7)	La fusion des CSIRMT en une instance unifiée de groupement ne semble pas être à l'origine de l'élaboration d'un projet médico-soignant partagé
Rencontres au-delà de la CSIRMT de groupement	n=5 50% des GHT qui ont établi un projet médico-soignant partagé mènent des rencontres entre DS en dehors des CSIRMT de groupement	n= 17 Parmi les 17 GHT qui mènent des rencontres au-delà de la CSIRMT de groupement, 5 ont formalisé un projet médico-soignant partagé : 29,4%	n=29 58,6% des GHT tiennent des réunions en dehors des CSIRMT de groupement (17)	Les GHT dans lesquels un projet médico-soignant a été formalisé ne mènent pas plus de réunions eu delà des CSIRMT de groupement. La collaboration avec le corps médical ne semble pas être un élément développant davantage la collaboration entre DS
Poste vacant	n=3 30% des GHT qui ont établi un projet médico-soignant partagé ont des postes vacants	n=13 Parmi les GHT qui ont des postes vacants, 2 ont formalisé un projet médico-soignant partagé : 15,4%	n=29 44,8% des GHT ont des postes vacants (13)	La dynamique engagée dans une collaboration avec le corps médical au sein du GHT pourrait constituer un élément d'attractivité →Equipe : Lève la crainte / établissement support : fusion, perte d'autonomie...

→ Le choix d'élaborer un Projet Médico-Soignant Partagé et la collaboration avec le corps médical qui en découle ne semble pas être un critère qui influe sur la dynamique territoriale engagée par les Directeurs des Soins.

Toutefois, cette dynamique mise en place au sein du GHT et les coopérations qui en découlent semblent représenter, au sein de l'échantillon, un facteur contribuant à l'attractivité des postes que nous pouvons mettre en perspective d'une lutte contre l'exercice isolé.

5) Des rencontres au-delà de la CSIRMT de groupement sont menées

Critère	Echantillon requête	Echantillon total	Commentaires
Nb de GHT	17	29	58,6%
Moyenne nb Ets.	7,9	8,1	Les GHT qui mènent des rencontres au-delà de la CSIRMT de groupement comportent un nombre d'établissements plus faible que dans l'échantillon total.
Médiane nb Ets.	7	8	

Critère	Parmi échantillon requis n=17	Echantillon de référence sur le critère	Comparatif échantillon total	Commentaires
GHT comporte un CHU	n=7 41,2% des GHT qui mènent des réunions en dehors de la CSIRMT de groupement comportent un CHU	n=16 Dans les GHT comportent des CHU, 9 mènent des réunions en dehors de la CSIRMT de groupement : 56,2%	n=29 55,2% des GHT comportent un CHU (16)	Le fait qu'un CHU soit présent dans le GHT ne semble pas être un facteur qui influence positivement la mise en place d'une dynamique allant au-delà des réunions de la CSIRMT de groupement. Eléments en défaveur d'une hypothèse établie dans le cadre du premier croisement.
Tenue des CSIRMT de groupement	n=15 88,2% des GHT qui mènent des réunions en dehors de la CSIRMT de groupement tiennent des réunions de l'instance	n=25 Parmi les GHT qui tiennent des CSIRMT de groupement, 15 mènent des réunions en dehors de l'instance territoriale : 60 %	n=29 86,2% des GHT mènent des réunions de la CSIRMT de groupement (25)	La tenue de réunions en dehors de la CSIRMT de groupement n'est pas systématiquement gage de la tenue de l'instance territoriale même si c'est le cas dans la majorité des GHT.
Fusion des CSIRMT	n=5 29,4% des GHT qui mènent des réunions en dehors de la CSIRMT de groupement ont des CSIRMT unifiées	n=7 Parmi les GHT qui ont des CSIRMT unifiées, 5 mènent des réunions en dehors de la CSIRMT de groupement : 71,4%	n=28 25% des GHT ont des CSIRMT unifiées (7)	Le fait que les CSIRMT soient fusionnées en une instance unifiée de groupement semble contribuer dans une moindre mesure à la mise en place de réunions allant au-delà des réunions de la CSIRMT.
Formalisation du Projet de Soins Partagé	n= 11 64,7% des GHT qui mènent des réunions en dehors de la CSIRMT de groupement ont formalisé leur projet de soins partagé	n=18 Parmi les GHT qui ont un projet de soins partagé formalisé, 11 mènent des réunions en dehors de la CSIRMT de groupement : 61,1%	n=29 62,1% ont formalisé leur projet de soins partagé (18)	L'organisation de réunions en dehors de la CSIRMT de groupement ne concourt pas forcément à la formalisation du projet de soins partagé
Exercice du président de la CSIRMT de groupement au sein de l'Ets support	n=8 47% des GHT qui mènent des réunions en dehors de la CSIRMT de groupement ont un président qui exerce	n=19 Parmi les GHT dans lesquels le président exerce au sein de l'établissement support, 8 mènent des réunions en dehors de la	n=28 67,8% des GHT ont un président qui exerce au sein de l'Ets support (19)	Le fait que le président exerce au sein de l'établissement support n'est pas un élément porteur de dynamique au niveau du territoire. Au contraire, le positionnement du président de la CSIRMT en dehors de l'Ets support semble

Critère	Parmi échantillon requis n=17	Echantillon de référence sur le critère	Comparatif échantillon total	Commentaires
	au sein de l'Ets support	CSIRMT de groupement : 42,1%		contribuer au développement de cette dynamique territoriale. → Rejoint crainte / poids et positionnement de l'Ets support
Poste vacant	n=6 35,3% des GHT qui mènent des réunions en dehors de la CSIRMT de groupement ont des postes vacants	n=13 Parmi les GHT qui ont des postes vacants, 6 mènent des réunions en dehors de la CSIRMT de groupement : 46,1%	n=29 44,8% des GHT ont des postes vacants (13)	La dynamique engagée au sein du territoire notamment au travers de l'animation de la CSIRMT de groupement et de réunions en dehors de cette instance semble contribuer à l'attractivité des postes au sein du GHT → <i>Force du collectif</i> <i>Lève la crainte / établissement support : fusion, perte d'autonomie...</i>

→ L'exercice du président de la CSIRMT de groupement en dehors de l'établissement support semble constituer un facteur qui favorise la mise en place d'une dynamique territoriale qui va au-delà des seules réunions de la CSIRMT de groupement et des groupes de travail en lien avec le Projet de Soins Partagé.

Le positionnement du président de cette instance territoriale en dehors de l'établissement support peut en effet permettre de contre balancer le poids et le positionnement de l'établissement support au sein du GHT notamment s'il s'agit d'un CHU.

D'où peut-être une plus grande proportion au sein des GHT comportant un CHU, de positionner le président de l'instance territoriale en dehors de l'établissement support.

Annexe III : Guide d'entretien – enquête terrain DS

Je suis actuellement en formation de Directeur des Soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

A ce titre, je vous remercie de m'avoir accordé du temps pour l'élaboration de mon mémoire. Avec votre accord, je vais procéder à l'enregistrement de cet entretien afin d'en faciliter l'analyse. Je tiens à vous rappeler que cet entretien reste confidentiel et anonyme.

Connaissance de la personne :

1. Quelle est votre fonction ? (Confirmation car connu / choix de l'échantillon)
2. En quelle année avez-vous pris votre premier poste en tant que DS ?
3. Depuis combien de temps êtes-vous sur votre poste actuel ?
4. Pourriez-vous me décrire rapidement votre parcours en tant que Directeur des Soins ?
5. Quelle est la composition de votre GHT ?
6. Exercez-vous au sein de l'établissement support ? (Confirmation car connu / choix de l'échantillon)

La CSIRMT de groupement

7. Comment est organisée la CSIRMT de groupement dans votre GHT ?
 - Fréquence
 - Sujets abordés
8. Articulations avec les CSIRMT des établissements parties
9. La CSIRMT de groupement est-elle unifiée ? Pourquoi ?
 - Quels avantages ?
 - Quels inconvénients ?
10. Où exerce le président de la CSIRMT de groupement ?
 - Quels avantages ?
 - Quels inconvénients ?
11. Quel regard portez-vous de la CSIRMT de groupement ?
 - Quelle est la plus-value de la CSIRMT de groupement par rapport aux CSIRMT de chaque établissement partie ?
 - Quelle dynamique peut-elle apporter pour les DS du GHT ?
 - Qu'apporte t'elle pour la coopération entre DS ?
 - Outils ?
 - Quelles thématiques ?
 - Sous quelles formes ?

La coopération au sein du GHT :

12. Quels sont selon vous, les difficultés/freins à la dynamique de coopération entre DS au sein de votre GHT ?
13. En quoi le statut ou le profil de l'établissement support peut-il influencer la dynamique de coopération des DS du GHT ?
 - Est-ce que la présence d'un CHU au sein de votre GHT influe cette dynamique ?
14. Selon vous, en quoi le positionnement du président de la CSIRMT de groupement au sein ou en dehors de l'établissement support peut-il influencer la dynamique de coopération entre Directeurs des Soins au sein du GHT ?
15. Comment est-il possible, selon vous, de lever / dépasser ces obstacles ?
 - Quels facteurs influencent la coopération entre DS au niveau de votre GHT ?
 - Comment favoriser la coopération entre DS au sein de votre GHT ?
 - Y a-t-il une volonté de travailler entre DS ? au-delà du prescrit (CSIRMT de groupement) ? Travail en équipe ?

L'équipe territoriale de DS :

16. Globalement, avez-vous le sentiment d'appartenir à une équipe de DS au sein de votre GHT ? Pourquoi ?
17. Quels sont les bénéfices que vous retirez ou pourriez retirer (si non fait) d'un travail en équipe territoriale de DS ?

D'HONT

Xavier

Novembre 2023

Filière Directeur des Soins

Promotion Théodore Monod - 2023

Directeurs des Soins à l'échelle d'un GHT : obligation de travailler ensemble ou choix partagé de coopération ?

Résumé :

La Loi de Modernisation de notre Système de Santé a porté la création des Groupements Hospitaliers de Territoire qui ont contraint les acteurs hospitaliers dont les directeurs à travailler ensemble à une nouvelle échelle : le territoire.

Si le travail en commun entre Directeurs des Soins est en partie cadré par la réglementation, notamment à travers le fonctionnement de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Groupement (CSIRMTG), ce mémoire professionnel, interroge la dynamique de coopération entre Directeurs des Soins au sein d'un groupement.

Dans un premier temps, après avoir détaillé les modalités de mise en place et de fonctionnement des GHT ainsi que les concepts de coopération et de travail en équipe, nous chercherons à répondre à la question suivante :

« En quoi, la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Groupement peut constituer un levier pour impulser une dynamique collective des Directeurs des Soins au sein d'un Groupement Hospitalier de Territoire ? »

L'enquête a été menée auprès de Directeurs des Soins exerçant dans 8 GHT comportant des caractéristiques spécifiques au regard de la question de recherche et des hypothèses en lien.

L'analyse des entretiens semi-directifs a permis d'identifier des facteurs favorisant la coopération et le fonctionnement en équipe territoriale de DS comme le profil des établissements membres du groupement, le lieu d'exercice du président de la CSIRMTG ou encore la définition des modalités de fonctionnement entre DS...

S'il s'avère que le président de la CSIRMTG joue un rôle clé dans la dynamique territoriale, certaines organisations peuvent également être des éléments contributifs à un véritable fonctionnement collectif et coopératif au sein du groupement.

Mots clés :

Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Groupement - Coopération - Directeur des Soins - Dynamique collective – Groupement Hospitalier de Territoire – Travail en équipe.

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.