
Filière Directeur des Soins

Promotion : **2019- Thomas Pesquet**

Date du Jury : **décembre 2019**

La mise en œuvre des filières de soins : un enjeu stratégique pour les directeurs des soins du GHT

« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès ; travailler ensemble est une réussite »

Henri Ford

Anne TONOLI

Remerciements

A Jean Claude, directeur de filière et animateur de l'atelier mémoire, pour son soutien et ses conseils avisés aux différentes étapes de ce travail.

A Catherine et Marie Claude, mes maitres de stage, pour leur soutien et partage d'expérience,

A tous les professionnels rencontrés dans le cadre de ce travail pour leur disponibilité et la richesse de leurs propos,

A mes collègues Catherine et Nadine pour leur aide dans mon cheminement pour arriver à une question de départ

A ma colocataire Christine pour ses conseils, son soutien, et sa patience, même dans les moments de de découragement ou de colère,

A Viridiana, pour son amitié et sa bienveillance dans la relecture de ce travail

A Johan, Loïc, ma famille et mes amis, pour leur encouragement, tout au long du chemin,

A tous, je leurs adresse mes plus sincères remerciements

Sommaire

Introduction.....	1
1 Cadre de Référence.....	7
1.1 Le champ législatif.....	7
1.1.1 Le parcours de soins défini par la loi HPST	7
1.1.2 La mise en place des GHT par la LMSS	8
1.2 La structuration des prises en charge	9
1.2.1 Les parcours de soins, de santé et de vie	9
1.2.2 Les filières de soins	11
1.3 Comprendre le contexte à l'aide d'éléments conceptuels	12
1.3.1 Coopération et collaboration.....	13
1.3.2 La co-construction	14
1.3.3 La légitimité	15
1.3.4 L'autorité.....	15
1.3.5 Le pouvoir.....	16
1.3.6 Identités et cultures : vers une culture de territoire.....	18
1.4 En synthèse.....	20
2 Les enseignements du terrain.....	23
2.1 Méthodologie de l'enquête	23
2.1.1 Les objectifs de l'étude	23
2.1.2 Choix de l'outil d'enquête	23
2.1.3 Un lieu et un public ciblé.....	24
2.1.4 Choix de la méthode d'analyse	25
2.2 Analyse de l'enquête	25
2.2.1 La mise en œuvre des filières est médicale, les paramédicaux en sont la cheville ouvrière	25
▪ La priorisation des filières.....	25
▪ Le pilotage des filières de soins	26
▪ Les acteurs de la mise en œuvre des filières	27
2.2.2 Les freins à la mise en œuvre des filières	28

▪ Les freins financiers	28
▪ Les freins organisationnels	29
▪ Les freins culturels	31
2.2.3 Les facteurs facilitant la mise en œuvre des filières	32
▪ Se connaître pour coopérer	32
▪ Un contexte qui engage la coopération	33
▪ Des organisations qui favorisent la coopération	34
2.2.4 Le rôle du directeur des soins dans la filière de soins	34
▪ Les DS ont développé des compétences pour des missions élargies.....	35
▪ Les DS du GHT se sont entendus sur la méthode et les outils	36
2.2.5 Des éléments de réponses aux trois sous-questions	38
▪ Les pilotes des orientations stratégiques ?.....	38
▪ La mobilisation des acteurs au travers de la CSIRMT ?.....	38
▪ Être CGS de l'ETS support : un rôle différent ?.....	39
▪ Comment s'assurer de l'efficacité d'une filière ?	40
2.2.6 Les limites de l'enquête	41
3 Contributions du directeur des soins pour des parcours adaptés aux besoins des usagers.....	43
3.1 La participation du DS à la stratégie territoriale.....	43
3.1.1 L'adaptation des activités et organisations aux besoins des usagers	43
3.1.2 La gestion des compétences - des nouveaux métiers de coordination	44
3.2 S'appuyer sur la dynamique de la CSIRMT du territoire	47
3.2.1 Une cohérence entre le projet de soins et le PMSP du territoire	47
3.2.2 Un collectif DS compétent, engagé et promoteur	49
3.3 Formaliser et prévoir des indicateurs de suivi d'impacts	50
3.3.1 La formalisation des processus pour travailler ensemble	50
3.3.2 Des indicateurs pour progresser et s'assurer de la prise en compte des besoins des usagers.....	52
Conclusion.....	55
Bibliographie.....	57
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CGS : Coordonnateur (trice) Général des Soins
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Établissement
COSTRAT : COmité STRATégique
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPTS : Communauté Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)
CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques
DG : Directeur Général
DGA : Directeur Général Adjoint
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DMS : Durée Moyenne des Séjours
DPI : Dossier Patient Informatisé
DS : Directeur (trice) des Soins
ETS : Établissement de Santé
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAS : Haute Autorité de Santé
HCL : Hospices Civils de Lyon
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IPA : Infirmière de Pratique Avancée
LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MSS : Modernisation de notre Système de Santé
PCME : Président de la Commission Médicale d'Établissement
PCSI RMT : Président de la Commission des Soins infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques
PMP : Projets Médicaux Partagés
PMSP : Projet Médico-Soignant Partagé
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
RH : Ressources Humaines
SIH : Système d'Information Hospitalier
SSR : Soins de Suite et Réadaptation

Introduction

La stratégie nationale de santé 2018-2022, cadre de la politique de santé en France, s'emploie à répondre aux défis que notre système de santé rencontre, notamment son adaptation aux enjeux démographiques et sociétaux. Elle se définit par quatre priorités dont la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins.

L'objectif de garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité à tous les usagers passera par une réorganisation de l'offre de soins avec, entre autres, une vision partagée des prises en charge par tous les acteurs.

Depuis plusieurs années, des stratégies de groupe, sous la forme de conventions de coopération ou de communautés hospitalières de territoire, concourent au développement de synergies entre les structures de santé. Quatre dates peuvent retracer le mouvement historique de la coopération hospitalière :

- Loi du 31 juillet 1991 : création de la Fédération Médicale Inter hospitalière
- Ordonnance du 24 avril 1996 : création du Groupement de Coopération Sanitaire
- Loi du 21 juillet 2009 : création des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT)
- Loi du 26 juillet 2016 : création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

La Loi de Modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 a instauré une nouvelle organisation de l'offre de soins sur le territoire français. Dans la lettre de mission de Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, adressée le 17 novembre 2014 à Mme Hubert et M. Martineau, chargés de mission pour mettre en œuvre ce nouveau dispositif, elle spécifie que *« la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) procède d'une double volonté : faire en sorte que les établissements publics de santé d'un même territoire définissent une stratégie de prise en charge partagée autour d'un projet médical commun et gèrent ensemble certaines fonctions transversales¹ »*.

Cela implique donc des mutations organisationnelles importantes pour les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux mais aussi de forts enjeux médico-économiques.

La création des GHT recentre la communauté hospitalière autour de l'unique objectif de penser l'organisation hospitalière dans une logique de graduation des soins et d'aménagement du territoire. La visée principale des GHT est de quitter les postures

¹ HUBERT J., MARTINEAU F., 2005, *Mission Groupement Hospitalier de Territoire - Rapport intermédiaire*, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femmes, p. 5

concurrentielles, qui peuvent conduire, parfois, à un maintien d'activités redondantes et non sécurisées mais aussi à un défaut d'offre et de recours pour certaines prises en charge.

Si la territorialisation est devenue obligatoire pour les acteurs de la communauté hospitalière, nous pourrions nous interroger sur les difficultés actuelles de sa mise en place. En effet, d'après une enquête nationale de l'Association des Directeurs d'Hôpital « *Consolider l'an 1, préparer l'an 2 des GHT²* », publiée en mai 2018, près de la moitié des directeurs considèrent que l'implication des communautés médicales et soignantes reste modérée dans les travaux de coopération du GHT.

Par ailleurs, le rapport final de la mission Groupements Hospitaliers de Territoire, pilotée par Mme Hubert et M. Martineau, fait état d'incompréhension quant aux attendus des GHT avec la constitution d'importants GHT comportant le risque de regrouper des établissements qui ne prennent pas en charge la même patientèle ou des GHT de taille insuffisante qui auront des difficultés à graduer les soins³.

De 2016 à 2018, j'ai eu l'opportunité d'exercer en tant que conseillère en organisation, chargée de mission à la Direction de la Performance d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la région Auvergne Rhône Alpes. Pendant cette période, un GHT s'est composé avec quatre établissements partie et ce CHU est l'établissement support. Cependant, le CHU occupe une place si majoritaire dans ce GHT que l'application de cette nouvelle loi est passée plutôt inaperçue dans le fonctionnement quotidien de l'établissement.

C'est pourquoi il me semblait important de profiter de cette année de formation et du mémoire professionnel pour m'interroger sur les impacts de ce nouveau dispositif afin de me préparer à exercer mon futur métier de Directeur des soins (DS).

La Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 Hôpital, Patient, Santé et Territoires (HPST) a renforcé les missions du directeur des soins au niveau stratégique. Aussi, au sein du directoire, « *le Directeur des Soins participe au positionnement stratégique de l'établissement sur le territoire et aux coopérations entre établissements, conformément au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclu avec l'Agence Régionale de Santé. Il conçoit la politique de soins en cohérence avec les besoins des territoires et il participe à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et activités de soins. Dans son champ de compétences propres, dans le cadre du projet d'établissement, il définit le projet de soins en articulation avec le projet médical et il organise la cohérence des parcours de soins en coordination avec la communauté médicale, le personnel de soins, de rééducation et*

² Enquête nationale ADH, avril 2018, « *Consolider l'an 1, préparer l'an 2 des groupements hospitaliers de Territoire* », rapport d'enquête

³ HUBERT J., MARTINEAU F., février 2016, « *Mission Groupement Hospitalier de Territoire, Rapport final* », Ministère des affaires sociales et de la santé, p. 8

*médicotechnique et les établissements support*⁴ ». A mon sens, les GHT transforment l'environnement hospitalier et modifient le champ d'actions des DS.

A l'échelle d'un territoire, les établissements sont amenés à renforcer leurs coopérations autour d'un projet médical ou médico-soignant partagé (PMP ou PMSP). En outre, parce que la mise en place de filières de soins est un objectif central des GHT, nous pouvons retrouver, dans chaque PMSP de territoire, un plan pluriannuel de mise en œuvre de filières de soins prioritaires, formalisé par les professionnels. Celles-ci tendent à répondre aux objectifs nationaux inscrits dans la Stratégie Nationale de Santé. L'axe 3 « *garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé*⁵ » engage la communauté hospitalière dans des recompositions de l'offre de soins afin d'optimiser l'utilisation des moyens humains et techniques, tout en permettant aux usagers de bénéficier de filières de recours. En effet, les coopérations entre les acteurs publics du secteur sanitaire semblent indispensables pour pallier les difficultés, actuelles et à venir, principalement en termes de démographie médicale.

En conséquence, je souhaite orienter mon questionnement sur les facteurs de réussite d'un fonctionnement optimal des GHT. J'ai ainsi axé mon travail de mémoire professionnel sur **la mise en place des filières de soins au sein des GHT et le rôle du Directeur des soins.**

Aussi, dans le cadre de la phase exploratoire du travail de mémoire professionnel, j'ai eu l'opportunité de conduire des entretiens auprès du Directeur Général (DG), du président de la Commission Médicale d'Établissement (PCME) de l'établissement support d'un GHT composé de 19 établissements partie ainsi qu'auprès de la Présidente de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques (PCSIIRMT) du GHT. J'ai ainsi pu m'appuyer tant sur les réponses recueillies lors de ces entrevues que sur les observations réalisées au décours de ce premier stage pour guider ma réflexion.

En remarque liminaire, je perçois de ces rencontres que la mise en œuvre est jugée trop récente. Le PCME a le sentiment qu'à l'heure actuelle, seules les filières qui n'ont pas d'impacts sur les organisations et qui ne reposent que sur « *un parcours de soins intelligent* » pourront se développer. Par contre, « *elles reposent et reposeront toujours sur les mêmes personnes* », sur la base du volontariat.

A ce jour, dans ce GHT, la recomposition de l'offre de soins en filières de prise en charge paraît plus subie que volontaire, très souvent liée à des départs de médecins et absences

⁴ Référentiel métier de Directeur(trice) des soins, filière de formation des DS, EHESP, décembre 2011, mis à jour en novembre 2017

⁵ La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022- Ministère des solidarités et de la santé, solidarites-sante.gouv.fr

de remplaçants. Parmi les freins à la coopération, sont évoqués l'autonomie de gestion, l'absence de solidarité budgétaire, l'absence de contraintes réglementaires et des freins culturels ; avec des cultures locales qui se sont parfois construites par antagonisme avec d'autres établissements voisins.

A contrario, les instances réglementaires du GHT offrent des espaces de rencontre pour les professionnels et les incitent à coopérer. En outre, le poids de l'investissement biomédical engage les acteurs du territoire dans une réflexion de groupe.

Enfin, si le pilotage des filières de soins est médical, un dialogue entre le corps médical et les paramédicaux semble indispensable pour adapter les compétences soignantes dans le cadre des recompositions de l'offre de soins au sein de chaque établissement partie.

Pour évoquer les transformations organisationnelles, Catherine Ballé cite J. Pfeller, « *la survie d'une organisation ne dépend pas seulement de facteurs internes, tels que sa structure, son leader, ses procédures ou ses buts. Elle est aussi la conséquence de l'environnement ainsi que des contingences et des contraintes particulières qui sont liées à l'environnement*⁶ ».

Dans ce GHT, la mise en œuvre d'une filière de soins paraît donc soit le fait de certains « *motivés* » soit conjoncturelle, sous le poids de contraintes insurmontables pour un établissement isolé.

Pour le DG, les postes médicaux partagés créent des liens et des adressages plus faciles et permettent ainsi de construire des filières plus solides. De son point de vue, l'expertise soignante, comme les infirmières en éducation thérapeutique ou les infirmières de pratique avancée, va contribuer à la territorialisation de l'offre de soins et suivre l'exemple de la pratique médicale. Aussi, il attend des directeurs des soins qu'ils donnent du sens aux évolutions à venir et aident les professionnels à comprendre leur place respective dans les parcours. Il s'agit également de saisir cette opportunité pour créer une dynamique et « *faire partager* », en travaillant sur des protocoles et procédures de prise en charge communs, des formations et des évaluations de pratiques communes.

Le PCME évoque ces mêmes attentes vis-à-vis des directeurs des soins. Pour autant, il craint « *la déshumanisation de la fonction* » si les directeurs des soins ne conservent pas des actions locales et il préfère envisager « *des missions identifiées* » au sein du GHT et des contributions « *à hauteur de ses compétences* ». Il cite alors, à titre d'exemple, les relations avec les organisations syndicales, le recrutement ou la gestion des formations.

Par ailleurs, le DG attend du DS, membre de l'équipe de direction, qu'il participe aux responsabilités de l'Établissement de santé (ETS) dans sa mise en œuvre du projet d'établissement, dans le respect du CPOM et des Projets Médicaux Partagés (PMP) du territoire et, qu'il décline les parcours de soins en structurant l'organisation des soins en

⁶ BALLÉ C., septembre 2015, *Sociologie des organisations, que sais-je ?*, PUF

s'appuyant sur la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT).

Quant à la présidente de la CSIRMT, qui n'est pas la Coordinatrice Générale des Soins (CGS) de l'ETS support, elle perçoit sa mission dans un rôle de facilitateur en permettant à l'encadrement de proximité de travailler avec les autres cadres d'une même filière.

Dans la perspective de ma future prise de fonction en qualité de directrice des soins, je m'interroge sur la place des directeurs de soins dans cette profonde réorganisation de l'offre de soins et je formule ma question de départ ainsi :

En quoi le Directeur des soins peut-il contribuer à la mise en place des filières de soins au sein d'un GHT ?

Par ailleurs, compte tenu du fonctionnement des GHT et de la nécessaire conduite commune et partagée du PMSP, les DS ont été amenés à quitter un organigramme « pyramidal » et à décloisonner leurs pratiques professionnelles, pour travailler en collaboration avec d'autres DS du territoire autour de projets communs et fédérateurs.

Aussi, au regard des missions dévolues aux DS, développées dans le référentiel métier de Directeur des soins⁷, je formule trois sous-questions :

- **Question 1** : en quoi le trinôme DG, PCME et PCSIRMT du GHT joue un rôle prépondérant dans la définition des orientations stratégiques ?
- **Question 2** : la CSIRMT est-elle un levier pour mobiliser les acteurs dans la mise en place des filières ?
- **Question 3** : en quoi la perception des missions du DS diffère en fonction de leur lieu d'exercice, établissement support versus établissement partie ?

Pour réaliser ce travail, je me propose de débiter par des références théoriques (1), tout d'abord sur des aspects règlementaires ; puis j'aborderai le processus de coopération et la notion de légitimité. Dans ces redistributions des rôles et missions, les enjeux de pouvoir et jeux d'acteurs sont remobilisés, dans un environnement changeant qui bouleverse et confronte les cultures d'entreprise de tous les professionnels.

Dans un second temps, je présenterai la méthodologie choisie pour réaliser une enquête sur un seul GHT et les résultats obtenus, en explorant les freins à la coopération, les facteurs facilitant la mise en œuvre des filières et le rôle du DS dans la mise en œuvre des filières (2).

Pour conclure, j'aborderai les enseignements de ce travail, nourris de rencontres enrichissantes, qui me permettront de proposer des préconisations pour me projeter dans ma future fonction de directeur des soins (3).

⁷ Référentiel métier de Directeur(trice) des soins, op. cit.

1 Cadre de Référence

Selon Chester Barnard cité par Catherine Ballé, « *une organisation naît lorsqu'il y a des personnes capables de communiquer entre elles et décidées à participer à des actions destinées à accomplir un même but*⁸ ».

La mise en place d'un nouveau dispositif de coopération à l'occasion d'une réforme hospitalière, ne constitue pas un fait nouveau. La loi HPST a précédé la loi MSS de plus de quinze ans.

1.1 Le champ législatif

1.1.1 Le parcours de soins défini par la loi HPST

La Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a défini les modalités de la prise en charge des patients sur le territoire dans son titre IV.

Pour offrir aux patients des parcours de prises en charge plus coordonnés et plus transversaux, décentraliser l'organisation pour mieux répondre aux besoins des usagers est devenu l'objectif de notre système de santé. Pour ce faire, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont été mises en place avec pour mission principale : « *la déclinaison et mise en œuvre régionale de la politique nationale de santé, afin de veiller à la gestion efficiente du dispositif sanitaire, social et médico-social*⁹ ».

Pour permettre et favoriser ces opérations plusieurs outils avaient été créés. Ainsi, il avait été prévu, dans le titre I de cette même loi, que les établissements publics de santé aient la possibilité de constituer des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT). Ces structures de coopération (tout comme les GHT) ne disposaient pas de personnalité morale. Elles étaient constituées sur la base du volontariat et poursuivaient l'objectif d'accroître les coopérations entre les établissements membres. La priorité avait été donnée à une offre de soins et une prise en charge coordonnée des patients, fondée sur les besoins des usagers sur un territoire.

La loi HPST a également modifié la gouvernance interne des établissements de santé (ETS). Le chef d'établissement a vu ses fonctions évoluer. Il a des pouvoirs élargis (décision, nomination) et il prend la responsabilité de la politique générale. Il préside une

⁸BALLÉ C., *Sociologie des organisations, que sais-je ?*, op. cit.

⁹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Ministère des solidarités et de la santé, solidarites-sante.gouv.fr

instance de pilotage stratégique, le directoire. Cette nouvelle instance, ouverte à la discussion pour décision, a intégré le DS en tant que membre de droit.

Ainsi, dès ces années, il importe de sortir des prises en charge distinctes et successives des patients pour développer de réels parcours de soins, dans une stratégie commune. L'objectif principal était de créer des passerelles entre la prévention, la médecine de ville, le secteur médico-social et l'hôpital. En effet, il apparaît que la prise en charge des patients, constitue un enjeu économique et un enjeu de santé publique majeur, alors que les maladies chroniques sont la première cause de décès et la source principale des dépenses de santé.

1.1.2 La mise en place des GHT par la LMSS

L'article 107 de la LMSS n° 2016-41 du 26 janvier 2016 crée le GHT, dispositif obligatoire pour les établissements publics de santé. Au 01 juillet 2016, cent trente-cinq GHT ont été créés sur le territoire français, regroupant près de huit cent cinquante établissements.

La création des GHT représente la mesure la plus restructurante de la loi de modernisation de notre système de santé, en tant qu'outil de coopération mais aussi en tant qu'axe de recomposition et de régulation de l'offre de soins.

Aux premiers abords, l'introduction d'une coopération imposée semble porter atteinte à l'autonomie des établissements publics de santé. Aussi, comment faire émerger l'action collective entre des acteurs hospitaliers qui ont longtemps construit des stratégies relativement disjointes les unes des autres ?

J.P. Boutinet dit que « *l'action collective ne diffère de l'action individuelle qu'à travers la pluralité d'acteurs en jeu, elle implique une négociation permanente, avec la prévalence d'une logique de compromis, d'une logique de conflit et de tension¹⁰* ».

Pour garantir une offre de proximité et l'accès à une offre de recours, le GHT s'appuie sur une convention collective et un projet médical partagé. La convention constitutive du GHT désigne un établissement support qui assure plusieurs fonctions pour le compte des établissements partie au groupement. Entre autres, nous pouvons évoquer la convergence du système d'information, un département de l'information médicale de territoire et le développement professionnel continu des personnels.

La convention constitutive du GHT est un outil juridique qui renvoie au principe de liberté contractuelle. Les conventions reposent sur le libre accord des parties. Pour permettre l'action, elles apportent la coordination entre les acteurs en introduisant des règles, des normes et des représentations collectives. Les instances règlementaires du GHT tels que

¹⁰ BOUTINET J.P., 2005, *Anthropologie du projet*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 279

le collège médical de territoire ou la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CSIRMT) de territoire offrent des espaces de rencontre pour les professionnels et les encouragent à coopérer.

Lors de la création des GHT, à l'exception du DG de l'établissement support du GHT, la répartition des rôles entre les acteurs n'a pas été prédéterminée. Cette liberté d'organisation engage les dirigeants à renforcer la communication pour que les acteurs du GHT se rapprochent.

D'après Yann Dubois dans son article sur « *la pertinence sociale des GHT* », « *cette convergence exclut la précipitation et un processus à sens unique de type top down mais cela implique pour tous une forte capacité de proposition et de négociation¹¹* ». De la sorte, les GHT fonctionnent plus sur un modèle organique avec une hiérarchie très réduite, une certaine distribution de la décision et une ambiguïté sur les objectifs. Une grande place est laissée à l'initiative et l'engagement personnels.

Dans cette dimension territoriale, la structuration et les rôles des directions et notamment des directions des soins semblent interrogés. De nouvelles pratiques managériales, de nouvelles relations avec les partenaires de santé s'engagent.

Dix ans après la révolution hospitalière révisant la tarification à l'activité, cette nouvelle évolution vient challenger le management hospitalier pour transformer l'hôpital « séjours » en hôpital « parcours ». Il apparaît nécessaire de s'interroger sur les leviers qui pourraient être actionnés pour inciter les acteurs à trouver les bons équilibres.

Si l'optimisation des parcours des patients structure notre système de santé, la stratégie nationale de santé a inscrit l'hôpital dans les parcours et les filières de soins. Il s'agit alors d'éclairer ces deux notions avant de poursuivre ce travail.

1.2 La structuration des prises en charge

1.2.1 Les parcours de soins, de santé et de vie

Le parcours de soins est « *une prise en charge globale et continue de l'usager du système de santé afin de prévenir en adoptant les comportements favorables à la santé, de soigner en prenant en charge au plus près du lieu de vie et d'accompagner. La coordination des interventions des acteurs de la prévention, du système de soins (médecins, pharmaciens, hôpitaux, ...), de services et d'établissements médico-sociaux et sociaux et de collectivités locales permettra d'organiser les parcours¹²* ».

¹¹ DUBOIS Y., 2016, « *la pertinence sociale du GHT* », Gestions Hospitalières, n°554, p. 31

¹² L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie, www.ars.sante.fr

Le parcours de soins fait donc référence au patient et c'est une succession de prises en charge d'un même patient par de multiples intervenants, sociaux et sanitaires, que cela soit en ville, dans les établissements médicosociaux ou dans les établissements de santé.

La LMSS du 26 janvier 2016 insiste sur la cohérence des parcours construits, sans rupture de continuité.

Les parcours de santé intègrent la dimension préventive et éducative aux parcours de soins et les parcours de vie ont une logique plus globale en incorporant les facteurs environnementaux et socio-économiques du patient.

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), la notion de parcours de soins permet de développer une meilleure coordination des interventions professionnelles. Elle permet également de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel pour développer des actions d'anticipation, d'échanges d'informations et de coordination entre tous les acteurs de la prise en charge.

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a défini la coordination des soins comme *« une action conjointe de professionnels de santé et de structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation de suivi »*¹³.

L'HAS a mis à disposition des professionnels de santé plusieurs outils tels le programme personnalisé de soins qui est un outil partagé par les professionnels (et par le patient) pour organiser et planifier le parcours de soins d'une personne¹⁴. L'HAS a également proposé un guide de parcours de soins qui apporte une vision globale du parcours de soins et précise les différents professionnels concernés en décrivant leur rôle respectif et leur articulation aux différentes étapes de la prise en charge.

*« Pour coordonner des soins, certains éléments essentiels, comme l'implication et l'interdépendance des différents intervenants du parcours, des échanges d'informations entre ceux-ci et la connaissance des ressources disponibles et du rôle de chacun doivent être réunis »*¹⁵.

¹³ Direction Générale de l'Offre de Soins. *Guide méthodologique Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?* 2012, Paris, Ministère chargé de la santé, <http://www.solidarites-sante.fr>

¹⁴ Parcours de soins Questions/ réponses, www.has-sante.fr

¹⁵ L'organisation des parcours de soins, www.has-sante.fr

Au final, la démarche permet d'intégrer, de manière plus optimale, les différentes dimensions de la qualité des soins (sécurité, efficacité, pertinence, continuité mais aussi accessibilité et désidérata de l'utilisateur).

Aussi, les risques de rupture des parcours restent importants au regard de la pluralité d'acteurs, intervenant à des temporalités différentes. La définition de filières de soins participe à la prévention de ce risque.

1.2.2 Les filières de soins

Ce sont les ordonnances dites Juppé de 1996 qui vont définir les concepts de filières de soins et de réseaux de soins. Une filière de soins est un mode de prise en charge médicale du patient, qui organise la trajectoire du patient dans le système de soins pour faciliter l'accès aux soins et en assurer la continuité. La mise en place des filières de soins est un objectif central des GHT.

Elles désignent une structuration de l'offre de soins dans un ou plusieurs établissements pour prendre en charge un groupe de patients ayant une spécificité commune, que ce soit un type d'affection comme la filière des cancers ou un type de profil comme par exemple la filière gériatrique ou pédiatrique. L'organisation en filières respecte l'indépendance des intervenants, chacun prenant la suite de l'autre, par un mécanisme d'adressage.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) propose une description type de la filière en la bornant par la phase immédiatement en amont de l'hospitalisation et la phase immédiatement en aval de l'hospitalisation. Ainsi, la filière ne correspond qu'à une partie restreinte du parcours de soins des usagers.

En conséquence, la filière de soins constitue une organisation cohérente et graduée des soins spécifiques à une prise en charge donnée et s'attache à couvrir tous les parcours possibles du patient en prenant en considération les évolutions de ses besoins de santé et des recours aux plateaux techniques qui pourraient s'avérer nécessaires.

Les critères d'identification des filières prioritaires (accident vasculaire cérébral, syndrome coronarien aigu ou urgences ophtalmologiques, ...) s'appuient sur les orientations du programme régional de santé, sur la composition de l'offre sanitaire ainsi que sur les recommandations professionnelles sans oublier le bénéfice attendu pour l'utilisateur. C'est pourquoi il est important de définir le périmètre de la filière, pré- hospitalier, hospitalier et/ou post- hospitalier.

La filière a pour intérêt premier de garantir au patient une orientation rapide en fonction de ses besoins spécifiques. De manière générale, elle poursuit trois objectifs principaux : le renforcement de l'accès aux soins, le développement de filières d'admission courtes et l'organisation de l'aval de l'hospitalisation. Ainsi, c'est dans une logique de travail en réseau que s'inscrit la filière de soins.

Pour graduer l'offre de soins, il importe d'identifier des critères pour définir des niveaux de prise en charge dans la filière. Les structures d'hospitalisation, les plateaux techniques, les ressources et compétences humaines correspondent à ces critères ainsi que leurs modes d'accessibilité. Ainsi, il est défini le type de patient accueilli par chaque établissement dans le cadre de la filière. A partir des caractéristiques cliniques du patient, les modalités d'orientation sont également déterminées afin de respecter la graduation de l'offre.

D'après l'ANAP, les professionnels de santé manquent d'informations objectives sur les prises en charge réelles des patients, principalement quand elles impliquent plusieurs établissements. Dès 2015, elle a lancé un projet intitulé *démarches « filières de soins »*. Son objectif est de d'objectiver les dysfonctionnements qui existent dans certaines prises en charge organisées dans des filières et d'accompagner les professionnels dans la mise en place de dispositifs robustes qui répondent aux besoins des professionnels et limitent les ruptures de prise en charge.

Fédérer différents acteurs du parcours de soins de l'utilisateur pourrait constituer le véritable enjeu de cette recomposition de l'offre de soins. Il apparaît nécessaire de s'interroger sur les facteurs favorisant le développement des coopérations, des collaborations et des partenariats. En effet, Norbert Alter explique que « *la coopération ne se réduit pas à la coordination technique. La coopération émane d'un milieu qui s'arrange avec les règles de gestion pour parvenir à produire la compétence collective*¹⁶ ».

1.3 Comprendre le contexte à l'aide d'éléments conceptuels

Le GHT se placerait dans un système plus ou moins élaboré de contribution-rétribution tel que le définit Philippe Bernoux. Pour autant, il n'est pas clairement défini ce que les uns et les autres doivent apporter et ce qu'ils doivent recevoir. Pourrions-nous identifier les enjeux pertinents des professionnels pour actionner des leviers de changement ?

¹⁶ ALTER N., 2009, *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, éditions la découverte

1.3.1 Coopération et collaboration

Le concept de coopération se matérialise au XIXe siècle avec la naissance des premières coopératives. Afin de faire face à la précarité et à la dégradation de leurs conditions d'existence, des artisans décident de mettre en commun, sur la base du volontariat, leurs moyens dans des systèmes collectifs permettant de générer de nouvelles ressources.

De manière générale, les groupes collaboratifs et coopératifs travaillent ensemble pour un but commun ou partagé. C'est dans la manière de partager le travail que la différence est la plus visible.

Dans la coopération, des équipes spécialisées réalisent un certain nombre de tâches. Les membres de chaque équipe ont des responsabilités. Quand toutes les équipes ont réalisé leurs tâches, l'ensemble est réalisé.

Dans la collaboration, les membres du groupe travaillent pour un but commun. Mais chacun cherche à atteindre par lui-même le but fixé. Deux productions, une production collective et des productions individuelles de chaque intervenant, se font en parallèle.

Ainsi, les interactions entre les membres des groupes jouent un rôle central. En coopérant la complémentarité des tâches crée un sentiment de dépendance réciproque, les interactions sont de ce fait très fortes. En collaborant c'est la mise en commun des idées qui priment, les interactions ont plutôt un caractère « associatif ».

Aussi, la différence entre la coopération et la collaboration reste subtile et nous pouvons facilement passer d'une démarche à une autre.

Dans tous les cas, pour renforcer les pratiques coopératives, il semble nécessaire de développer un esprit critique pour négocier et entretenir la coopération en dépassant les logiques de territoire et rapprocher les professionnels dans une logique de complémentarité car *« la coopération ne se décrète pas, elle se construit »*.

La coopération renvoie à une décision stratégique nécessitant pour sa réalisation une méthodologie de projet... le projet de coopération se structurera dans la plupart des cas... autour des phases suivantes :

- Phase de cadrage
- Phase de définition du projet stratégique
- Phase de définition du programme opérationnel
- Phase de mise en œuvre¹⁷ »

D'autant que, dans l'environnement hospitalier actuel, nous percevons que les besoins des usagers évoluent, que les parcours de santé nécessitent une coordination accrue des

¹⁷ LOUAZEL M., MOURIER A., OLLIVIER E., OLLIVIER R., 2018, *Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé*, Presses de l'EHESP, p. 109

acteurs participant à la prise en charge. Des dispositifs ont vu le jour dans la LMSS avec les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les plateformes territoriales d'appui (PTA). Il appartient au monde hospitalier de se transformer pour faciliter la coordination des acteurs hospitaliers aussi bien en l'amont qu'en aval des hospitalisations et entrer dans cette logique « parcours ».

1.3.2 La co-construction

Lors de mes entretiens en phase exploratoire, le médecin rencontré, président du collège médical du territoire, évoque un manque de légitimité pour imposer à des équipes d'établissements distincts de travailler ensemble et de composer une filière de soins coordonnée. Sur son territoire, les filières de soins qui sont réellement constituées et opérationnelles sont plus l'apanage de quelques individus motivés et charismatiques.

D'après ce médecin, la mobilisation des acteurs autour des objectifs de co-construction de filière de soins ne semble pas être sensible à l'autorité légale telle que l'a définie Max Weber ; c'est-à-dire « *une autorité qui trouve ses fondements dans la légalité des règlements et des chefs désignés conformément à la Loi*¹⁸ ».

La co-construction peut se définir comme « *un processus par lequel des acteurs différents confrontent leurs points de vue et s'engagent dans une transformation de ceux-ci jusqu'au moment où ils s'accordent sur des traductions qu'ils ne perçoivent plus comme incompatibles. Ce moment particulier est celui où ils pensent avoir défini « un monde commun » qui va fonder leur compromis : ils pourront alors poursuivre leur coopération afin de construire un projet d'action commun et réfléchir ensemble à sa mise en œuvre*¹⁹ ».

A l'heure actuelle, le postulat d'Erhard Friedberg selon lequel « *les hommes n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les organisateurs fixent à l'organisation*²⁰ » pourrait-il expliquer pourquoi les équipes médicales ou soignantes hésitent à se mobiliser ? Quels sont, de leurs points de vue, les enjeux et les contraintes de cette coopération plus ou moins forcée ? Quelle place est laissée à leurs objectifs personnels ou individuels entre les possibilités et les opportunités de l'organisation ?

On constate que les individus ou les groupes de personnes ont des visions des structures et des objectifs qui ne coïncident jamais complètement, très souvent liés à des fonctions et

¹⁸ WEBER M., 2019, cours de SCHWEYER FX. « *Sociologie de l'hôpital et de l'action collective* », EHESP 2019

¹⁹ FOUURIAT M., 2016, *La co-construction : une alternative managériale*, Rennes, Presses de l'EHEP, p. 7

²⁰ FRIEDBERG E., 2019, cours de SCHWEYER FX. « *Sociologie de l'hôpital et de l'action collective* », EHESP

des formations différentes. Ces divergences entraînent des stratégies différentes et des conflits de pouvoir. Les perspectives différentes des uns et des autres amènent des oppositions et des alliances entre les acteurs qu'il semble intéressant de repérer. De fait, les notions de pouvoir et de stratégie semblent centrales dans le jeu des acteurs.

En outre, la centralisation de la décision au niveau hiérarchique le plus compétent ne court-elle pas le risque d'alourdir le système et de favoriser des stratégies d'évitement de la part des acteurs concernés ? En effet, au sein d'un GHT, le niveau hiérarchique le plus compétent semble être systématiquement l'instance du GHT où sont représentés tous les établissements parties du groupement ; soit le comité stratégique ou la CME du territoire pour ne citer que ceux-là.

Pour Philippe Bernoux, « *une logique d'acteur vécue dans une organisation se traduit par des relations de pouvoir quotidiennes*²¹ ». Aussi, la question de l'intégration du système d'autorité pour veiller à l'adéquation du comportement des professionnels aux buts fixés se pose tant auprès des acteurs qu'auprès des dirigeants.

Aussi, il apparaît nécessaire de s'intéresser aux composantes de la légitimité, l'autorité et le pouvoir.

1.3.3 La légitimité

À la confluence de la légalité, de l'efficacité et de l'éthique, la légitimité est un concept multidimensionnel²².

L'encyclopédie Universalis définit la légitimité comme « *le fondement du pouvoir et la justification de l'obéissance qui lui est due*²³ ».

La légitimité est la capacité d'une personne ou d'un groupe à faire admettre son autorité par d'autres personnes. La légitimité ne se fonde pas que sur le droit. D'autres critères comme la tradition, les titres, les appuis ou l'expertise peuvent influencer.

1.3.4 L'autorité

Selon Max Weber, il existe trois types d'autorité. Tout d'abord, l'autorité légale qui « *a pour fondement la croyance en la validité de la légalité des règlements établis rationnellement et en la légalité des règlements des chefs désignés conformément à la loi* ». En second lieu, l'autorité traditionnelle a pour base de croyance « *la légitimité de ceux qui sont appelés au pouvoir en vertu de la coutume* ». Enfin, l'autorité charismatique « *repose sur l'abandon des*

²¹ BERNOUX P., 1985, *La sociologie des organisations*, éditions du SEUIL, p. 32

²² DEVREESE E., « *légitimité du directeur et jeu des acteurs* », Revue hospitalière de France, Février 2002, Vol 2002

²³ Encyclopédie UNIVERSALIS, <https://www.universalis.fr>

membres à la valeur personnelle d'un homme qui se distingue par sa sainteté, son héroïsme ou son exemplarité²⁴ ».

La légitimité de l'autorité trouve ses fondements dans la reconnaissance sociale. Aussi, pour un individu et un groupe de personnes, ces trois types d'autorité peuvent évoluer d'un type à l'autre, voir se combiner entre elles.

1.3.5 Le pouvoir

Selon Michel Crozier et Erhard Friedberg, *le phénomène de pouvoir est simple et universel mais le concept de pouvoir est fuyant et multiforme*.²⁵

On peut distinguer deux sortes de pouvoirs, le pouvoir d'injonction et le pouvoir d'influence. Le pouvoir oscille entre la contrainte et la légitimité. La contrainte fait référence au pouvoir d'injonction. Le pouvoir d'influence s'appuie sur un lien de confiance pour convaincre et persuader une personne ou un groupe à agir selon sa propre volonté. Le pouvoir d'influence se rapproche du leadership, par sa capacité à mobiliser et par sa force de conviction.

Le pouvoir n'est pas un attribut des personnes mais plutôt une relation. Le pouvoir réside dans la marge de manœuvre que chacun dispose dans la relation de pouvoir engagée.

Aussi, selon Michel Crozier et Erhard Friedberg, pour analyser une relation de pouvoir, il est indispensable de s'interroger sur les ressources et atouts de chaque partenaire, qui, dans une situation précise, leur permettent d'augmenter leur marge de liberté.

Il est important également de repérer les contraintes structurelles dans lesquelles la relation s'est inscrite pour en comprendre les enjeux. En effet, le déroulement des relations de pouvoir est régulé en partie par l'organisation. Des canaux de communication sont établis par celle-ci. L'organigramme et le règlement intérieur conditionnent la stratégie des acteurs en contraignant la liberté d'actions en son sein.

Michel Crozier et Erhard Friedberg définissent quatre grandes sources de pouvoir dans les organisations : l'expertise, le contrôle de l'environnement, la communication et l'utilisation des règles organisationnelles.

A l'hôpital, chaque groupe de personnes développe son propre pouvoir. Intéressons-nous à quelques-uns d'entre eux :

A) Le pouvoir administratif

Depuis la Loi HPST de 2009, le DG a vu ses pouvoirs renforcés. Il préside le directoire. Il conduit la politique générale de l'ETS. Il est la personne morale pour le représenter dans toutes les actions en justice. Avec la loi MSS de 2016 et les GHT, il conduit et accompagne la politique territoriale au sein du comité stratégique du GHT.

²⁴ FREUND J., 1966, *Sociologie de Max WEBER*, Paris, Puf, p. 200

²⁵ CROZIER M., FRIEDBERG E., 2007, *L'acteur et le système*, édition du Seuil, p. 65

B) Le pouvoir médical

Les médecins sont au centre des unités opérationnelles. Ils ont vu leur pouvoir s'accroître avec les progrès de la médecine et de la technologie. La profession de médecin donne un prestige social. Le pouvoir médical se caractérise par un fort pouvoir individuel, lié à la connaissance et l'expertise, et un pouvoir collectif important, lié à un esprit corporatiste encore bien ancré dans les mentalités.

C) Le pouvoir paramédical

Le poids historique et démographique des paramédicaux justifie leur représentation dans certaines instances des établissements publics de santé. Le décret du 11 avril 1975 créant le grade d'infirmier général a été vécu comme une grande avancée dans la reconnaissance d'un pouvoir paramédical. Il est devenu l'interlocuteur de l'administration.

C'est la loi n°91_748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière qui crée le service de soins infirmiers. La commission des soins infirmiers est alors consultée, entre autres, pour le projet d'établissement et l'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades.

L'ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 fait évoluer cette commission vers la CSIRMT pour représenter tous les paramédicaux. Elle est présidée par le coordonnateur général des soins.

Le pouvoir paramédical revendique son expertise dans l'organisation et la coordination des soins et le pilotage des projets de soins. En outre, Il participe activement à la politique qualité et gestion des risques de son ETS, au travers de la CSIRMT. Le CGS, président de la CSIRMT, est membre de droit du directoire et du conseil de surveillance.

D) Le pouvoir technique et médicotechnique

Entre l'avènement du numérique dans les systèmes d'information et notamment dans le dossier patient informatisé (DPI) et le développement de la technologie de tous les équipements lourds, notamment en imagerie, sans parler de l'intelligence artificielle, le pouvoir technique et médicotechnique s'accroît. La convergence des systèmes d'information dans la cadre du GHT invite les informaticiens à la table des négociations. De plus, ils ont le pouvoir d'influer largement non seulement sur les organisations mais aussi sur la temporalité des réorganisations.

E) Le pouvoir des fonctions logistiques

Les fonctions logistiques sont des fonctions transversales qui ont une influence sur la performance globale de l'hôpital. Pendant longtemps, elles ont été considérées comme secondaires. L'importance des fonctions logistiques peut se mesurer à plusieurs niveaux. La logistique influe sur le rythme et les délais par sa gestion des flux en provenance des fournisseurs comme ceux à destination des unités opérationnelles de production. Il importe

à tous d'éviter les ruptures de stocks, sans majorer ces derniers. L'optimisation de la gestion des flux et des stocks a un impact non négligeable sur les charges de l'hôpital.

F) Le pouvoir des usagers

Du statut de personne malade dépendant du corps médical et soignant, le patient revendique à présent d'être considéré comme un usager voire comme un client.

Dès les années 1970, les malades s'organisent pour devenir des partenaires dans les soins. Depuis une quinzaine d'années, l'évolution s'est concrétisée par l'intégration de l'usager dans les textes. Il est entendu dans un sens collectif proche de celui du citoyen lorsque l'usager est représenté dans l'organisation. Il est pensé à l'échelle du contact direct avec le personnel, dans une approche individuelle, pour toutes les questions de la qualité des prises en charge.

La Loi HPST du 21 juillet 2009 a renforcé la présence des usagers au sein de l'hôpital. Ils participent au conseil de surveillance et à la Commission des Relations avec les Usagers. L'évolution de la législation s'est inscrite dans la volonté d'un rapport rééquilibré entre les différents acteurs, avec un idéal de dialogue et de savoirs partagés entre les usagers et les personnels.

Cette multiplicité des pouvoirs entraîne un fonctionnement en silos, où chaque corps poursuit sa logique et ses propres intérêts, en prenant le risque de perdre la vision d'ensemble et de ne plus distinguer les conséquences pour les autres de ses propres fonctionnements.

Cependant, la qualité des soins demeure l'intérêt « suprême » qui permet de concilier les représentations et les visions de chacun des groupes de personnes et permet de faire converger les efforts de tous vers un même but.

In fine, l'hôpital est une structure complexe qui œuvre au bénéfice des patients. Aussi, la compréhension des relations entre les compétences, les valeurs et les actes requiert la reconnaissance de l'autre dans sa légitimité et son identité professionnelle.

1.3.6 Identités et cultures : vers une culture de territoire

Traditionnellement, les centres hospitaliers partagent les valeurs de dévouement, d'accueil pour tous, de solidarité et d'égalité des soins. Pour autant, nous pouvons constater que les hôpitaux restent marqués par des particularités de fonctionnement. Chaque établissement a sa propre culture. L'expression « culture d'entreprise » n'est pas qu'un effet de mode. Même si les directions hospitalières ne se préoccupent de la culture de leur « entreprise » que depuis peu, de nombreuses études du monde industriel ont démontré l'impact de celle-ci sur les relations interpersonnelles.

Les rapprochements, directions communes et fusions ne font qu'exacerber ces souhaits de reconnaissance.

A) L'identité

Selon Françoise Piotet et Renaud Sainsaulieu, il existe deux types d'identité, l'identité pour soi et l'identité pour autrui. « *Par identités, il faut entendre un ensemble de représentations mentales permettant aux individus de retrouver une cohérence, une continuité entre leurs expériences présentes et celles du passé. C'est l'identité de soi. (...)*

L'identité est aussi un système de repères conduisant à la découverte que l'on est proche de certains et différent des autres. C'est l'identité pour autrui²⁶».

L'identité de soi est la reconnaissance de ce que l'individu est, par lui-même ou par les autres. Elle englobe la connaissance de soi et la représentation de soi. Les traits de caractère, l'éducation et les expériences l'ont façonnée au cours de la vie. Les croyances, les idéaux et les pratiques du milieu de vie et des groupes d'appartenance ont structuré sa personnalité.

L'identité pour autrui est un processus relationnel. C'est le résultat de transactions entre soi et les autres, dans diverses relations concrètes d'échanges, dans différents contextes sociaux. C'est le résultat d'attribution de rôles par des établissements ou par des individus en interaction avec la personne. Ainsi, le monde du travail et les entreprises proposent des identités virtuelles tout en reconnaissant, ou pas, les identités réelles. La valorisation des différents types de savoirs, la reconnaissance des titres ou la politique de gestion du personnel et des emplois en sont quelques manifestations.

Claude Dubar distingue *quatre formes d'identité professionnelle de salariés*²⁷ :

- L'identité de l'exécutant, qui s'est construit une identité professionnelle autour de savoirs pratiques. Le point de référence de ce groupe de professionnels est la stabilité du travail ;
- L'identité d'entreprise, dans laquelle les professionnels valorisent les connaissances acquises dans l'entreprise et ont le désir de progresser en son sein. Leur sentiment d'appartenance à leur entreprise est très important. Par contre, la reconnaissance de ces identités et parcours est interne à l'entreprise, les reconnaissances externes ne sont pas toujours identiques ;
- L'identité de métier, dans laquelle le métier introduit une continuité dans les trajectoires et les projets professionnels ;
- L'identité de réseaux concerne des professionnels toujours tournés vers l'avenir. Les personnes regroupées sous cette identité se définissent davantage par les diplômes obtenus. Leur adhésion aux projets de l'entreprise sera étroitement corrélée à la réalisation des projets personnels.

²⁶ PIOLET F., SAINSAULIEU R., 1994, *Méthode pour une sociologie de l'entreprise*, Presse de la fondation nationale des sciences politiques et ANACT, Paris, p. 202

²⁷ DORAY P., 1994, « *Compte rendu de DUBAR C., La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles* », cahiers de recherche sociologique n°18-19,

B) De l'identité professionnelle à la culture d'entreprise

Renaud Sainsaulieu définit l'identité professionnelle comme la manière dont les groupes de professionnels s'identifient à leurs pairs, à leurs chefs ou aux groupes de travail. Son approche permet d'identifier des cultures de catégories professionnelles. Ainsi, certaines préoccupations paraissent spontanément spécifiques à certains métiers : la « guérison » (cure) pour la communauté médicale ; le « soin » (care) est pris en charge par le corps infirmier et le rôle du gestionnaire se situant dans le « contrôle » (control) de l'administration. Les représentations sociales placent le corps médical plus axé sur la productivité, dans une logique d'efficacité, alors que les infirmiers se situent davantage dans une logique d'efficacité centrée sur les « bonnes » pratiques.

La dichotomie des rôles et des objectifs peut probablement gêner l'émergence d'un projet commun et engendrer des conflits ; chaque catégorie pouvant laissant perdurer le flou afin d'user de manœuvres pour influencer les décisions. Le corporatisme de chaque métier induit un management particulièrement complexe. Aussi, la réorganisation engendrée par les GHT ajoute de la complexité à une organisation à gouvernance interne déjà éclatée, alors que « *le problème de l'organisation est de permettre la différence et l'altérité tout en gardant l'unité*²⁸ ».

Philippe Bernoux définit « *la culture d'entreprise comme la permanence de systèmes d'action mais dont on ne rapporte la cohérence à aucun élément global*²⁹ ».

La culture d'entreprise est un ensemble de valeurs et de comportements partagés par la plupart de ses membres qui facilitent le fonctionnement d'une entreprise. C'est aussi ce qui la caractérise et la distingue des autres, notamment dans sa façon de réagir dans le quotidien de la vie de l'entreprise. Les déterminants de la culture d'entreprise sont un mélange de la culture des métiers et de la culture de la région ou du pays où celle-ci est implantée. Elle s'est façonnée au gré de ses succès et de ses échecs.

La culture d'entreprise est informelle et, pour autant, il faut l'avoir apprise pour être intégré dans l'entreprise. Elle permet de développer un sentiment d'appartenance des employés. Ainsi, d'une certaine manière, en posant des valeurs et des représentations communes, elle contribue à standardiser les comportements. Au-delà de son rôle de cohésion, la culture d'entreprise donne du sens à l'action et facilite la coordination des activités au sein de l'organisation.

1.4 En synthèse

« *L'action collective n'est pas un phénomène naturel... c'est un construit social*³⁰ ».

²⁸ BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, op. cit., p. 204

²⁹ Ibid., p. 195

³⁰ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *l'acteur et le système*, édition du seuil, p.15

Les modes d'action collective sont toujours spécifiques, avec des acteurs relativement autonomes, ayant des ressources et des capacités particulières. Ce « *construit social* » est créé et institué pour résoudre des problèmes posés par l'action collective, et notamment le tout premier, celui de la coopération, pour des objectifs communs et ce, malgré des positions différentes, voire divergentes.

Selon Philippe Bernoux, tout changement « *doit se raisonner en termes de pouvoir : celui qui a le sentiment de perdre ne peut que refuser le changement ou tenter de le freiner.*³¹

Aussi, donner satisfaction à l'autre, au moins partiellement, permet d'accroître la capacité d'action de chacun et les enjeux deviennent alors interdépendants. Confrontés à d'importantes incertitudes, les acteurs qui s'affrontaient peuvent aussi s'allier pour trouver des solutions peu évidentes dans la complexité des situations. Ainsi, toutes les personnes qui participent à la mise en œuvre des filières de soins doivent coopérer alors qu'elles se savent concurrentes dans d'autres domaines. Les personnes interrogées dans la phase exploratoire de ce travail ont exprimé des freins culturels avec des cultures locales qui se sont parfois construites par antagonisme avec d'autres établissements voisins. Il serait opportun de comprendre les leviers pour convertir le conflit en concertation et donc à changer fondamentalement d'intention.

A ce stade, il faut se rappeler que le directeur des soins, et plus particulièrement le coordonnateur général des soins, occupe une position particulière dans les hôpitaux. Depuis la loi HPST, le président de la CSIRMT est membre de droit du directoire. Le Directoire est concerté pour toute la politique de gestion de l'établissement, ce qui permet au DG de disposer de tous les avis avant sa prise de décision et de mesurer les risques d'éventuelles difficultés. Ainsi le DS apporte son expertise en organisation des soins auprès du chef d'établissement pour définir les axes stratégiques.

Avec ces éclairages théoriques et à la suite des entretiens exploratoires, la question centrale de mon mémoire professionnel est :

En quoi le Directeur des soins peut-il contribuer à la mise en place des filières de soins au sein d'un GHT ?

A l'issue de cette approche théorique, mes questionnements se sont orientés sur les leviers pour développer le dialogue et la coopération et améliorer l'articulation des logiques d'établissements, de métiers et de fonctions afin de lever les cloisonnements ou les tensions entre les acteurs.

Après avoir exposé la méthodologie de l'enquête, je m'attacherai à confronter les éléments recueillis auprès des professionnels aux éléments de mon cadre de référence.

³¹ BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, op. cit., p. 227

2 Les enseignements du terrain

2.1 Méthodologie de l'enquête

2.1.1 Les objectifs de l'étude

Au regard de la question de départ, mon objectif a été d'aller à la rencontre de directeurs, médecins, coordonnateurs de soins et directeurs soins, pour :

- Identifier les difficultés rencontrées
- Identifier les facteurs favorisant la mise en œuvre des filières de soins
- Comprendre les représentations du métier de DS
- Identifier les contributions attendues du DS

Afin de trouver des réponses aux trois sous-questions suivantes :

- **Question 1** : en quoi le trinôme DG, PCME et PCSIRMT du GHT joue un rôle prépondérant dans la définition des orientations stratégiques ?
- **Question 2** : la CSIRMT est-elle un levier pour mobiliser les acteurs dans la mise en place des filières ?
- **Question 3** : en quoi la perception des missions du DS diffère en fonction de leur lieu d'exercice, établissement support / établissement partie ?

2.1.2 Choix de l'outil d'enquête

Pour répondre à mes questionnements, les entretiens semi-directifs ont été privilégiés. Le choix s'est porté sur ce type d'entretien afin d'avoir une approche qualitative, dans une logique compréhensive de la complexité de la mise en œuvre de la LMSS, telle qu'elle est perçue par les personnes interviewées.

L'entretien semi-directif permet un échange dans un moment privilégié de dialogue et de partage pour laisser aux professionnels une liberté d'expression. A travers un fil conducteur, il permet de poser des questions ouvertes et de prévoir des questions de relance pour des précisions ou des explicitations.

Deux guides d'entretien adaptés aux différents interlocuteurs (cf. annexe I et annexe II) ont été élaborés en amont ; le premier guide d'entretien à destination des directeurs, directeurs des soins et coordonnateurs des soins et président de la CME m'a permis de conduire neuf entretiens et le second à destination des acteurs d'une filière m'a permis de conduire trois entretiens.

Pour permettre aux personnes de s'exprimer librement, une question ouverte portant sur la mise en place du GHT a débuté l'entretien. Pour augmenter la fiabilité du recueil, j'ai cherché à conduire l'entretien sans directivité. Pour autant, des phrases de relance ont parfois été nécessaires, notamment concernant les filières de soins.

Les entretiens ont été réalisés soit par téléphone, soit sur le lieu de travail des personnes interviewées, dans leur bureau. Les objectifs de l'enquête ont été précisés lors de la prise de rendez-vous. Ils ont duré une heure, en moyenne.

L'enquête s'est déroulée entre le 27 mai et le 19 juin 2019.

2.1.3 Un lieu et un public ciblé

Pour confronter mes questionnements à la réalité du terrain, j'ai choisi d'enquêter auprès des acteurs d'un seul GHT. Au travers des écrits professionnels et après la phase exploratoire, il m'est apparu que la construction des GHT et sa dynamique de fonctionnement est dépendante de multiples facteurs tant historiques que politiques ou humains.

Aussi, dans le temps contraint de ce travail, il m'a semblé plus opportun de centrer l'enquête sur un seul groupement pour mieux comprendre les dynamiques d'actions collectives qui se sont mises en place dans le cadre de mon objet de recherche.

Au regard de mon parcours, et des questionnements qui m'ont amenée à ce thème pour ce mémoire professionnel, mon choix s'est porté sur un GHT qui dispose d'un CHU pour établissement support. Le GHT où s'est déroulée mon enquête est composé de huit établissements partie.

Ce GHT présente la particularité d'un historique de coopération et des actions clés mises en œuvre par une communauté hospitalière de territoire (CHT) pour organiser les parcours territoriaux. La CHT a largement contribué à fédérer les équipes médicales dans les disciplines concernées et a permis l'amorce d'une coopération médicale et paramédicale dans certaines filières. Le bilan du projet médical (2011-2016) de la CHT a ainsi constitué une des bases de départ des réflexions du GHT. Le PMSP (2017- 2022) du GHT identifie dix filières prioritaires.

Ce travail de recherche s'intéresse aux représentations du rôle et des missions du DS dans la mise en œuvre des filières de soins. Aussi, après avoir rencontré le directeur général adjoint (DGA), le président de la CME et le coordonnateur général des soins de l'établissement support, j'ai interviewé deux autres directeurs de cet établissement support et plusieurs directeurs coordonnateurs généraux des soins d'établissements partie.

En outre, pour mieux appréhender les facteurs favorisant la mise en œuvre des filières de soins, j'ai demandé à la direction de l'établissement support de m'indiquer une filière qui, à leur sens, fonctionnait d'une manière satisfaisante et j'ai conduit un entretien auprès du médecin responsable de la filière et de deux cadres de proximité impliqués au quotidien dans son application.

Au total, j'ai pris contact avec douze professionnels pour mener cette enquête.

Pour distinguer les entretiens, ils seront numérotés de 1 à 12, en suivant l'ordre chronologique de mes rencontres

Les propos ont été recueillis auprès du :

- DGA du CHU
- Président de la CME du CHU, président du collège médical du GHT
- Directeur de la performance et des parcours patients du CHU
- Directeur de l'offre de soins et des projets médicaux du CHU
- 5 DS ou CGS dont la CGS du CHU, présidente de la CSIRMT du GHT
- 1 Médecin responsable de la coordination d'une filière de soins au sein du GHT
- 2 cadres de proximité contribuant à la filière de soins choisie

(Cf. annexe III)

2.1.4 Choix de la méthode d'analyse

Chaque élément de l'analyse préserve l'anonymat de la personne ayant accepté de répondre à mes questions dans le respect de la confidentialité.

L'analyse des résultats a été faite de la manière suivante : les entretiens n'ont pas été enregistrés. Les notes manuscrites ont été relues, complétées et sauvegardées informatiquement immédiatement après les entretiens.

Les données recueillies ont été répertoriées selon la même grille de lecture. Elles ont ensuite été catégorisées selon trois thèmes principaux : les facteurs favorisant la coopération, les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des filières, les contributions du DS. (Cf. annexe IV)

2.2 Analyse de l'enquête

2.2.1 La mise en œuvre des filières est médicale, les paramédicaux en sont la cheville ouvrière

▪ La priorisation des filières

Les filières de soins ont été travaillées et proposées par des sous-groupes de la CME. Le président de la CME et trois CGS se remémorent une réflexion collégiale médicale exclusive. Le président de la CME avait souhaité confier cette mission au vice-président du collège médical du GHT. Par contre, il avait demandé que son choix soit conforté par une élection par ses pairs au collège médical du GHT. Son objectif était de lever les méfiances des confrères médecins des ETS partie vis-à-vis du CHU.

La CGS du CHU regrette que les paramédicaux n'aient pas été associés à la réflexion initiale. Paradoxalement, le président de la CME a insisté sur le rôle majeur de la PCSIRMT dans la stratégie interne et territoriale. Il a reconnu à cette fonction un pouvoir d'influence

tout en précisant « *qu'elle peut influencer mais ne peut pas construire contre les médecins.* »

L'enquête réalisée par les élèves directeurs de soins de la promotion Voltaire de 2016 de l'École des Hautes Études en Santé Publique abordée dans l'article de Monsieur Schweyer dans la revue Soins Cadres de mai 2017 a montré « *qu'ils n'ont pas souvent été impliqués directement... le chef d'établissement et le président de la CME sont à la manœuvre, jugeant la présence du DS prématurée*³² ».

Le DGA, le président de la CME et une CGS se souviennent que les filières de soins ont été priorisées après une analyse stratégique du territoire alors qu'une CGS d'un établissement partie rapporte l'appui d'un consultant extérieur pour réaliser cette analyse et préparer le PMSP.

Par contre, seul le président de la CME évoque le comité stratégique (COSTRAT) du GHT comme organe décisionnel pour prioriser les filières de soins. Le DGA a fait référence aux plans nationaux de santé, surtout au regard des filières prioritaires de ce GHT et en se basant sur le mode de construction du PMSP de l'établissement où il exerçait précédemment, puisque sa prise de fonction est postérieure à l'écriture du PMSP de ce GHT.

En définitive, dans ce GHT, les filières ont été priorisées à partir d'un diagnostic territorial, réalisé avec la contribution d'un consultant extérieur. Comme dans une majorité des GHT du territoire, c'est le président de la CME et le DG qui ont accompagné la réflexion stratégique. Les DS et CGS ont peu contribué à cette phase. Aussi, il serait opportun de s'interroger sur le pilotage de la mise en œuvre des filières.

▪ **Le pilotage des filières de soins**

Les neuf personnes à qui j'ai posé cette question n'ont pas la même représentation du pilotage des filières de soins prioritaires du GHT.

La moitié des personnes s'accordent sur un pilotage médical. Pour autant, le président de la CME dit que le pilotage est médical alors que le directeur de la performance et des parcours patient, parle d'un co-pilotage médecin / directeur. Il serait même prévu que le médecin et le directeur représentent conjointement un ETS partie et l'ETS support. Par contre, un CGS dit avoir piloté quelques filières en sa qualité de directeur référent d'un pôle (Entretien 7).

³² SCHWEYER F.X., mai 2017, « *Les directeurs des soins dans la préfiguration des GHT* », revue Soins Cadres, supplément au n°102, p. S10

D'autre part, le DGA et un CGS d'un autre ETS partie estiment, quant à eux, qu'il n'y a pas vraiment de pilotage des filières. Les variations dans le pilotage des filières sont expliquées par le président de la CME par la volonté des acteurs.

Néanmoins, la CGS de l'ETS support est la seule à aborder les points d'étapes réguliers réalisés en COSTRAT pour « *aligner les projets médicaux et non médicaux car ils ne sont pas vraiment construits ensemble* ». Elle en profite pour évoquer l'intégration de certains DS dans des groupes de travail médico-administratifs, notamment sur les « *petits ETS partie* », ce qui a permis « *de faire des liens et donner des informations sur l'avancée de ces groupes au niveau du bureau de la CSIRMT* », composé de tous les CGS et DS du territoire.

Si le pilotage des filières semble soit médical soit médico-administratif d'une part et plus lié à la personnalité des individus d'autre part, il apparaît important de s'interroger sur la nature des acteurs qui contribuent à la mise en œuvre des filières.

▪ **Les acteurs de la mise en œuvre des filières**

Les acteurs de la mise en œuvre des filières de soins majoritairement cités sont les médecins (6 personnes) et les soignants (4 personnes).

Seul un CGS (Entretien 6) a évoqué les chefs de pôle, les directeurs et les directeurs des soins.

Le chef de service, pilote d'une filière réputée organisée et efficace, a mis en exergue le travail des cadres de proximité dans la gestion et l'organisation des parcours en concertation avec les cadres de autres structures, établissements partie du GHT. Par ailleurs, il a largement insisté sur le rôle primordial des internes du service. Il leurs appartient de respecter les engagements pris par les différents partenaires de la prise en charge de la filière des patients concernés.

Néanmoins, si le président de la CME n'a fait référence qu'aux médecins et aux cadres de santé pour la mise en œuvre des filières de soins, il attend des directeurs des soins une attention particulière pour que « *la dynamique soit maintenue* » et qu'ils « *fassent en sorte que les cadres de proximité suivent la ligne de conduite fixée médico-administrativement* ». Il est étonnant de constater que ni les structures extrahospitalières ni les acteurs libéraux n'ont été évoqués par les personnes interviewées. Comme éclairé dans le cadre de référence, la filière de soins ne s'arrête pas aux portes de l'hôpital. L'admission et la sortie des établissements de santé sont des moments clefs des parcours de soins, avec de forts enjeux pour les professionnels et surtout pour les patients. En effet, *plusieurs études ont*

mis en évidence des liens de causalité entre la qualité de l'organisation des sorties et le taux de réhospitalisations évitables³³.

Aussi, il n'est pas exclu de penser que le fait de spécifier filière de soins à involontairement restreint la réflexion à des parcours « hospitalo-centrés ».

Néanmoins, il faut surtout retenir que l'engagement des médecins permet de « *maintenir le cap* ». Et que les cadres « *assurent l'opérationnalité et la stabilité des parcours* ».

En définitive, quelle que soit la longueur du process, comme dit le responsable de la filière étudiée, « *La filière, c'est comme un bon restaurant, il faut que cela soit toujours parfait* ».

Et, « *faire vivre une filière, c'est très exigeant !* »

C'est pourquoi, il convient de s'intéresser aux freins à la mise en œuvre des filières de soins ?

2.2.2 Les freins à la mise en œuvre des filières

Les freins évoqués par les personnes interviewées sont de trois natures : financière, organisationnelle et culturelle.

▪ Les freins financiers

Le manque de convergence du système d'information est le frein le plus évoqué ; il a été cité par le DGA, le médecin responsable de la filière, la directrice de l'offre de soins et des projets médicaux et une DS. A l'heure actuelle, la dématérialisation des informations est plus perçue comme une source de rétention de l'information car les différences de DPI ne permettent pas encore aux patients de circuler d'un établissement à un autre. Pour autant, selon la directrice de l'offre de soins, « *le SIH commun pour faciliter le parcours et le travail des équipes de territoire est déjà réglé par la Loi* ».

Pour un autre CGS, l'absence de contraintes sur la durée moyenne des séjours (DMS), des SSR par exemple, n'impose pas la même pression sur la performance comptable.

Selon Norbert Alter, « *la coopération ne se réduit pas à la coordination technique. La coopération émane d'un milieu qui s'arrange avec les règles de gestion pour produire la compétence collective³⁴* ». Au regard des expérimentations de financement au parcours de soins selon l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, nous pourrions espérer que le partage du mode de financement lèvera un certain nombre d'obstacles à la coopération.

³³ SERMONT G., mai 2017, « *Directeur des soins et fluidification des parcours de santé* », revue Soins Cadres, supplément au n°102, p. S13

³⁴ ALTER N., 2009, *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, la Découverte, coll. « textes à l'appui »

Cependant, d'après le DGA, *« la coopération est là où les professionnels trouvent un intérêt. La filière était existante quand les ETS n'avaient pas d'offre concurrentielle. Le GHT n'a rien apporté de plus. »*

Finalement, seul le frein technique du DPI qui nécessite un investissement très important semble être un frein financier. Reste à savoir si tous les partenaires sont vraiment prêts à renoncer à leurs propres outils pour adopter un DPI commun.

Par contre, les freins les plus cités sont soit organisationnels soit culturels. Tout d'abord, intéressons-nous à ceux qui concernent l'organisation.

▪ Les freins organisationnels

Le président de la CME et la directrice des projets médicaux et le DGA évoquent en priorité *« une réalité médicale différente du découpage du GHT »* avec des GHT qui ont été *« calqués sur le découpage administratif, sans tenir compte des territoires de santé »*.

Le frein organisationnel le plus évoqué, par quatre CGS et la directrice de l'offre de soins et des projets médicaux, est le *« mille-feuille administratif »* (Entretien 6) qui donne *« l'impression d'usine à gaz qui entraîne une perte de motivation des professionnels »*. (Entretien 12). Alors que la directrice met l'accent sur *« un défaut de structuration et de formalisation »*, les CGS souffrent d'un travail en silos et perçoivent que *« le plan d'actions de la CSIRMT est en chevauchement ou en croisement avec d'autres groupes comme le groupe filière ou le groupe SIH »* (Entretien 10). Cette dernière regrette que les axes médicaux et les axes paramédicaux aient été partagés mais que la déclinaison opérationnelle soit restée en silos.

En outre, pour une DS, la mise en place des pôles avec la loi précédente, la Loi HPST du 21 juillet 2009, pour moderniser le fonctionnement des établissements de santé *« ne s'est pas faite dans une logique de parcours ou de filière. C'est donc un frein à la collaboration »* (Entretien 8). En effet, les pôles d'activité sont dirigés par un chef de pôle. Avec des compétences qui ont été renforcées, il peut recevoir une délégation de signature et bénéficier d'une autonomie plus grande pour mener une gestion au plus près des structures internes. A travers ses propos, nous percevons que des enjeux de pouvoirs se jouent dans la mise en œuvre des filières ; d'autant que le président de la CME insiste sur *« l'impossibilité d'imposer une filière théorique, même si elle est inscrite dans le PMSP »*. Pour une CGS, *« il est difficile de construire des nouvelles relations inter établissements face à des logiques de propriétaires »* (Entretien 6).

Sur un autre champ, les difficultés de recrutements notamment médicaux sont avancées pour expliquer un repli sur soi par une DS (Entretien 7). Elle évoque la disparité entre les établissements pour la gestion du personnel médical et non médical et insiste sur des mesures d'attractivité pratiquées par certains comme la prime d'installation. *"Face à la*

rareté, chacun se débrouille dans son coin" alors que la directrice de la performance et des parcours patients perçoit cette contrainte plutôt comme une opportunité d'accélérer le changement.

Nous aborderons cette approche dans le prochain chapitre sur les facteurs facilitant la mise en œuvre des filières, d'autant qu'une autre DS (Entretien 8) pense que « *les secteurs sans souci de recrutement et qui ont une organisation autosuffisante se replient sur eux-mêmes.* »

Au regard de ces divergences, nous serions enclins à croire qu'ils ne poursuivent pas le même but. « *Mintzberg propose une typologie des buts de système, en distinguant la survie, l'efficacité et le contrôle de l'environnement*³⁵ ». Aux premiers abords, l'établissement de la DS 7 se placerait dans une configuration de repli et la DS 8 serait plus dans une configuration de croissance. Comme l'expliquent Jean Nizet et Françoise Pichault, il y aurait une distinction entre les « *buts officiels* » qui seraient le PMSP et la mise en place de filières prioritaires et les « *buts opérants* » qui correspondent à des décisions organisationnelles.

Or, « *tout but organisationnel est inévitablement soutenu, poursuivi également par des acteurs*³⁶ ». Encore une fois, il est étonnant qu'aucune des personnes interviewées n'ait cité les buts individuels comme freins à la mise en œuvre des filières. En réalité, nous retrouverons la volonté des acteurs dans les facteurs favorisant.

Pour conclure ce chapitre, nous retenons que « *la coopération est un processus avant d'être un résultat et sa construction nécessite une gestion de projet ad hoc*³⁷ ». Au travers des propos recueillis, la gestion de la mise en œuvre des filières semble manquer d'une vision partagée des enjeux et des moyens nécessaires à sa réalisation, ou tout du moins d'un partage des intérêts à agir. La rédaction du PMSP n'est pas suffisante pour engager les professionnels dans une mise en œuvre commune.

Par ailleurs, le pilotage du GHT et des filières de soins a engendré de nombreuses réunions supplémentaires à des agendas déjà fort contraints, le président de la CME s'inquiète de la représentativité des CME locales au sein du collègue médical du GHT. Prendre des orientations dans cette instance le questionne en termes de représentativité et légitimité. Aussi, nous poursuivrons cette analyse par les freins liés à la légitimité et la culture.

³⁵ NIZET J., PICHULT F., 1995, *Comprendre les organisations, Mintzberg à l'épreuve des faits*, Gaëtan Morin éditeur, p. 101

³⁶ Ibid., p. 113

³⁷ LOUAZEL M., MOURIER A., OLLIVIER E., OLLIVIER R., 2018, *Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé*, op. cit., p.118

▪ Les freins culturels

Ce GHT fait suite à une CHT qui selon la CGS du CHU, était très médicale. *« Les médecins avançaient sur des projets mais les DS n'étaient pas informées. »* Elle avait décidé de proposer à ses homologues de se réunir pour *« mettre en commun des problématiques telles que l'accueil et le transfert des patients »*. L'élément déclencheur a été d'apprendre que les médecins et pharmaciens de la CHT travaillaient sur la gestion des traitements des patients lors de transferts inter sites.

« La première réunion avec les DS n'avait pas été facile. Les DS étaient très méfiants quant à mes intentions. J'ai dû expliquer des objectifs sur une démarche soignante qui s'intéresse à la qualité des prises en charge, le parcours patient et les pratiques soignantes ». Cette prise de connaissance a permis *« de partager et de créer du liant. Du coup, on avait un coup d'avance »*.

Par contre, à la rédaction du règlement intérieur, elle a mesuré la difficulté à mettre en place un collectif de travail. La méfiance est revenue. *« J'ai beaucoup investi pour réassurer à la constitution du GHT »*

Pour une DS, le *« CHU a la suprématie sur le territoire car il dirige toutes les instances. C'est pourquoi les ETS partie se replient sur eux-mêmes »* (Entretien n°8).

Toutes les personnes interviewées s'accordent à dire que le frein majeur à la mise en œuvre des GHT est la crainte de perdre ; perdre sa patientèle, perdre son autonomie et perdre son identité.

Le président de la CME, le DGA et la directrice de la performance et des parcours patients évoquent des partenariats non formels entre des ETS partie et le secteur privé qui perdurent. L'absence de personnalité morale avec des directeurs et des médecins qui restent autonomes laissent entendre que *« les frontières administratives sont immuables »*. Selon un CGS *« le plan d'actions n'avance pas parce que les décisions stratégiques sont extrêmement compliquées à prendre dans ces établissements avec des cultures différentes »* (Entretien 7).

Pour le président de la CME, *« le GHT n'est pas la panacée, il fonctionnera bien quand il y aura une personnalité morale. Aujourd'hui on est au milieu du gué »*. De plus, *« des filières naturelles de patients et des adressages historiquement et culturellement édifiés créent une incohérence géographique »*. Ainsi, des patients sont adressés de l'ETS partie à un autre GHT et vice versa, un CH d'un autre GHT adresse des patients au CHU. Pour le directeur de l'offre de soins et des projets médicaux, le GHT a plutôt augmenté le taux de fuite. Elle n'a aucun élément pour objectiver cette perception. Elle le qualifie de *« personne dépendante »* dans le sens où le secteur privé capte la patientèle quand les acteurs de soins du secteur public mettent de la mauvaise volonté. *« Il faut arrêter les guerres intestines car il est compliqué de récupérer les parts de marché perdues. Les patients*

prennent l'habitude d'aller vers l'ETS privé plus proche et mieux organisé pour répondre au besoin ».

En définitive, personne ne se sent légitime, ni les médecins ni les directeurs, pour imposer à ses partenaires de respecter les engagements pris dans la convention collective et le PMSP. En outre, si un sentiment d'appartenance au GHT est perceptible, reposant sur des valeurs communes, nous ne pouvons affirmer que l'adhésion de tous les responsables des ETS soit complète. La culture du territoire ne pourra se construire que si ceux-ci sont convaincus pour la véhiculer et ainsi impliquer les collaborateurs dans cette vision collective.

Après avoir examinés les principaux freins à la mise en œuvre des filières de soins, intéressons-nous aux facteurs qui, au contraire, la facilitent.

2.2.3 Les facteurs facilitant la mise en œuvre des filières

De nombreux facteurs ont été cités par les personnes interviewées. Certains étaient expérimentés, d'autres étaient souhaités ou envisagés et d'autres encore étaient regrettés. Dans ce chapitre, je fais le choix de les classer selon trois catégories : les comportements humains, le contexte et les moyens.

▪ Se connaître pour coopérer

Pour tous, l'attitude volontariste des acteurs est le facteur prédominant pour faciliter la mise en œuvre des filières. Pour cinq d'entre eux, le fait de « *mieux se connaître* » grâce à des partenariats anciens et d'avoir des filières préexistantes ont également été très aidant. Le GHT a su capter un historique favorable. Le DGA, le président de la CME et la directrice de l'offre de soins et des projets médicaux l'expliquent par une bonne entente médicale.

Pour le DGA, « *les filières existaient déjà avec des médecins qui se connaissent bien ; le vecteur juridique ne vient qu'habiller des coopérations mises en place auparavant.* »

Le président de la CME met l'accent sur un « *top management bien défini* » alors que la directrice de la performance et des parcours patients évoque une « *volonté affirmée du DG et des chefs d'établissements des centres hospitaliers généraux* ».

Le chef de service de la filière étudiée est persuadé que « *les demandes médicales et les retours sur les prises en charge ne peuvent se faire que si les gens se connaissent bien* ». Les cadres de santé de son service, quant à elles, mettent l'accent sur « *la facilité des ajustements entre des médecins qui se connaissent bien* ». Pour tous, il est important qu'il y ait une bonne connaissance des personnes participant à la filière. Pour ce faire, le chef de service organise des moments conviviaux avec des temps de partage type soirée d'enseignement. Il n'hésite pas à se rendre régulièrement auprès des équipes des établissements périphériques pour « *se faire connaître et animer des staffs* ».

En outre, un comportement exemplaire de ses collaborateurs est une exigence indiscutable. *« Il faut être constant dans la qualité des prestations fournies ; il faut respecter les engagements pris, que ce soit pour les courriers de sortie ou les retours d'informations. »* Ainsi, tous les six mois, il consacre du temps à l'accueil des internes pour leur faire prendre conscience des priorités du service dans le cadre de la prise en charge des patients relevant de cette filière. Tous les trimestres, il organise des réunions en visioconférence pour faire des points d'étape et réajuster avec ses collaborateurs.

Si la CHT a permis à un certain nombre d'équipes de collaborer et construire des filières en amont de la mise en place des GHT, qu'en est-il des nouvelles coopérations ? Dans quel contexte peuvent-elles se concrétiser ?

▪ Un contexte qui engage la coopération

Le DGA est convaincu qu'il faut *« un équilibre de donnant - donnant, sans être sûr du résultat »*. Pour autant, il partage également l'avis de la directrice de l'offre de soins et des projets médicaux : *« les difficultés de démographie médicale pousse à l'organisation coordonnée. La défaillance d'un des partenaires instaure un rapport de force et oblige à coopérer »*. De son côté, la directrice de la performance et des parcours de soins parle de *« phénomène de dépendance qui oblige à coopérer »*.

Pour le président de la CME, l'identité du GHT commence à prendre forme et il cite l'exemple d'un établissement qui ne fait pas partie de leur GHT qui a demandé de l'aide. *« Cette situation a renforcé la cohésion des établissements membres du GHT pour ne pas répondre à cette sollicitation »*. Cet exemple me laisse un peu perplexe. Ainsi, *« De facilitateur de parcours, le GHT court alors le risque de l'entraver et d'altérer la qualité des soins dans un enfermement sur lui-même (territorio-centrisme) en gênant l'accès aux soins pourtant requis hors de son territoire public de santé³⁸ »*.

Il serait dommage, voire dommageable pour les patients, que la construction du GHT se fasse par recomposition d'un territoire qui se confronte à d'autres structures qui interviennent dans les prises en charge tout au long des parcours de santé des usagers.

La directrice de la performance et des parcours patients propose l'exemple de la structuration de la filière AVC qui a pu se faire grâce à une incitation publique, en n'accordant des autorisations de thrombectomie qu'à quelques centres. A son sens, d'autres mécanismes incitatifs pourraient être mis en place. Nous pourrions aussi nous questionner sur le caractère contraignant d'une telle mesure.

Les DS interrogés ont une vision plus positive des facteurs favorisant la coopération. Un CGS évoque *« la complémentarité entre un établissement support et un établissement*

³⁸ BERGOIGNAN ESPER C., BRINGER J., BUDET J.M., VIGNERON E., 2019, *Les groupements hospitaliers de territoire un moyen d'organisation de l'offre de santé*, les indispensables, Berger Levrault, p. 118

partie » (Entretien 7) alors qu'un autre CGS met l'accent sur le fait de « collaborer ensemble au sein du GHT, comme sur les attendus et besoins du DPI » (Entretien 8).

Pour la CGS du CHU, il est surtout important d'avoir *« une même priorisation des actions au niveau du GHT qu'au niveau de l'ETS, pour avoir une cohérence »*.

Les contextes favorisant la mise en œuvre des filières de soins semblent se situer entre la contrainte et le partage d'objectifs communs. Néanmoins les rapports de force restent très prégnants dans les propos rapportés. Intéressons-nous maintenant aux organisations de travail expérimentées ou envisagées pour favoriser la coopération entre les acteurs d'une filière.

▪ Des organisations qui favorisent la coopération

Le chef de service, responsable de la filière étudiée, est convaincu que les temps médicaux partagés et la contractualisation avec le CHU pour des gestes techniques ont largement contribué à la réussite de cette filière. Les temps partagés permettent aux personnes et aux équipes de mieux se connaître. *« Offrir des plages au bloc ou en radiologie interventionnelle permet d'améliorer l'attractivité et la fidélisation »*. Par ailleurs, il a organisé des modules de formation, au niveau du CHU, pour les médecins étrangers qui ont été recrutés dans les établissements partie.

Une politique de mobilité des professionnels et des cadres pourrait également s'envisager pour certains DS avec la mise en œuvre de parcours qualifiants. Il apparaît important de *« faire faire aux cadres de proximité le parcours pour connaître l'environnement et les interlocuteurs pour pouvoir expliquer concrètement le parcours aux usagers »* (Entretien 8). Ce DS propose également une infirmière d'aval et de réseaux aux urgences qui serait facilitateur pour *« le bon patient dans la bonne filière au regard des compétences infirmières. »*

Enfin, le développement de l'éducation thérapeutique, l'arrivée des infirmières de pratique avancée sont perçus comme des opportunités pour favoriser la coopération dans le cadre des parcours de soins.

Après avoir identifié le fonctionnement des filières de soins ainsi que les facteurs favorisants et les freins à la coopération, intéressons-nous à la contribution des directeurs de soins.

2.2.4 Le rôle du directeur des soins dans la filière de soins

La question de la contribution des directeurs des soins à la mise en œuvre des filières de soins a été posée à tous les directeurs, le président de la CME et les directeurs des soins. Par ailleurs, concernant les DS, il m'importait de savoir si les attentes, missions ou représentations différaient entre le CGS du CHU, président de la CSIRMT et les autres CGS des établissements partie du GHT.

▪ Les DS ont développé des compétences pour des missions élargies

Depuis la loi HPST, le directeur des soins a vu ses missions renforcées au niveau stratégique. *« Le directeur des soins doit connaître l'environnement et les différents acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux du territoire afin de positionner l'offre de soins de l'établissement en cohérence avec les besoins des populations définis par territoire avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), dans le cadre du Contrat d'Objectifs et de Moyens. »*³⁹ Sur les neuf personnes interviewées, seulement trois inscrivent la vision stratégique dans les missions du directeur des soins. Il s'agit du DGA et de deux CGS d'établissements partie.

Pour autant, *« les premières contributions se situent au niveau de son propre ETS, en intégrant la mise en œuvre des filières dans le projet d'établissement et dans le CPOM. »* (Entretien 8)

Le DGA estime que les DS ont *« la capacité de voir plus vite l'intérêt du patient »* et véhiculent *« la conviction qu'il est possible de mieux travailler ensemble »*. Il situe le DS à *« l'interface entre les injonctions paradoxales y compris dans les relations avec les autres établissements du GHT »*.

Le DGA, la directrice de l'offre de soins et des projets médicaux comptent sur le DS pour *« rendre opérationnel les parcours définis »*. Pour ce faire, les DS *« travaillent le décroisement »* (entretiens 6, 10 et 12)

Le président de la CME le décrit comme *« un personnage central qui doit montrer l'exemple »*, *« au cœur de la déclinaison avec les équipes »* tout en garantissant le bon fonctionnement de la filière, en *« faisant en sorte que les cadres suivent la ligne de conduite fixée médico-administrativement. »* Une CGS évoque également son rôle de garant du fonctionnement de la filière mais plus sur l'aspect réglementaire (Entretien 6). Alors qu'un autre CGS se voit plutôt comme un facilitateur en *« se rapprochant des pilotes des filières pour questionner sur les difficultés du parcours, plutôt sur un aspect pratico-pratique »* (Entretien 10).

Nous retrouvons la mission d'organiser et coordonner les parcours de soins dans les activités du DS relevant de son champ de compétences propres : *« il organise la cohérence des parcours de soins en coordination avec la communauté médicale, le personnel de soins, de rééducation et médicotextique et les services supports. »*⁴⁰

Si un CGS estime que le DS doit *« être à l'initiative, à la construction et à la coordination de projets »* (Entretien 6), d'autres, comme la directrice de la performance et des parcours patients, insistent plus sur la méthode avec *« un travail de conceptualisation, test et généralisation »* (Entretien 10 et 11). Aussi, pour la CGS du CHU, les DS sont tenus de *« bien maîtriser la démarche projet »*.

³⁹ Référentiel métier de Directeur(trice) des soins, filière de formation des DS, op. Cit.

⁴⁰ Référentiel métier de Directeur(trice) des soins, filière de formation des DS, op. Cit.

Au regard des difficultés de coordination évoquées dans le chapitre sur les freins à la coopération, il semble important d'avoir une « *vision systémique et faire des liens entre toutes les initiatives et tous les acteurs* » (Entretien 10 et 12) et de la partager avec tous les directeurs des soins.

Il faut également savoir « *s'adapter aux évolutions que ce soit en termes d'activité ou de ressource et être capable de reformuler certains objectifs.* » Une CGS d'un établissement partie fait état d'un fichier Excel qui regroupe trente items qui font l'objet de projets d'amélioration de la prise en charge des usagers. Néanmoins, durant l'année 2019, la CGS du CHU, avec l'aide de ses collaborateurs cadres supérieurs de la direction des soins, a proposé une nouvelle maquette du plan d'actions du projet de soins du GHT, en simplifiant les items et les indicateurs de suivi des actions. Ce travail a été réalisé suite à une certaine stagnation des projets liée à un découragement des pilotes. Les CGS s'accordent pour dire qu'il est nécessaire « *d'harmoniser les pratiques* » en « *partageant des outils et des savoirs* ».

La présidente de la CSIRMT du GHT se sent investie de la mission de fédérer les DS du territoire. Elle est le « *maître d'œuvre du début à la fin* ». Elle doit « *impulser en permanence* ». Ainsi, nous constatons que communiquer, mobiliser, fédérer et donner le cap sont nécessaires à l'adhésion volontaire des collègues et partenaires.

En définitive, les CGS ont la mission « *d'accompagner le changement en expliquant et en donnant du sens* ». de leurs points de vue, il faut « *expliciter ses objectifs sur une démarche soignante qui s'intéresse à la qualité des prises en charge, le parcours patient et les pratiques soignantes* ». (Entretien 12)

Après avoir relevé le rôle des DS dans « *l'acculturation des soignants à la logique de filière* », intéressons-nous aux méthodes et outils employés.

▪ **Les DS du GHT se sont entendus sur la méthode et les outils**

Tous les DS ont cité la CSIRMT, qu'elle soit locale ou territoriale pour piloter, manager, mobiliser les soignants et accompagner ces transformations.

Au départ, la CSIRMT du GHT a permis de « *se réunir pour mettre en commun des problématiques telles que l'accueil ou le transfert des patients* ».

Le projet de soins du GHT comporte trois axes : les parcours, la qualité et la formation. Deux ou trois DS pilotent chaque axe. La direction générale des soins du CHU apporte un renfort sur chaque axe avec l'appui d'un cadre supérieur (organisation des réunions, CR, ...)

Le bureau de la CSIRMT, composé de l'ensemble des DS et CGS du GHT, a écrit les fiches actions de chaque axe, avec un calendrier prévisionnel et des indicateurs de suivi de l'avancée du travail. Le calendrier est défini pour l'année. La PCSIRMT vérifie sa mise en application. Aussi, elle « *accompagne, soutient, relance pour que le tableau de suivi des objectifs soit maintenu à jour* ».

Ainsi, nous constatons qu'une relation de confiance s'est construite pour engager une organisation, la coopération et, aussi, le rôle de leader de la présidente de la CSIRMT du territoire.

Au niveau de chaque ETS, « *le projet de soins et les fiches actions sont déclinés au niveau des pôles et des services* » (Entretien 8).

Concrètement, pour participer à la vision partagée des parcours des patients et construire des filières, des « *prises en charge de personnels infirmiers pour des consultations avancées ont pu se faire au sein et grâce au GHT*. De plus, un DPI avec un module *Parcours* serait en cours rédaction » (Entretien 6).

Pour aller plus loin, la directrice de l'offre de soins et des projets médicaux pense qu'il faudrait « *susciter la mobilité sur le territoire avec la définition de compétences et ressources soignantes nécessaires sur le territoire* » et, pour ce faire, elle propose de « *mettre en place des équipes partagées paramédicales de territoire en repérant les profils de professionnels qui pourraient s'épanouir dans ces organisations* »

Par contre, les CGS interviewés n'ont absolument pas abordé la transversalité des métiers sur le GHT. Les pistes évoquées seraient plus techniques, dans une perspective de suivi et amélioration de filières déjà mises en œuvre. Un CGS propose de travailler, en « *réunions interdisciplinaires avec tous les partenaires de la prise en charge, à partir des fiches d'évènements indésirables qui concernent les parcours* » (Entretien 6). Pour une autre, il faudrait s'appuyer sur la « *dynamique du patient traceur, qui est un outil pour comprendre les problématiques d'interfaces dans une filière* » (Entretien 8).

Ainsi, au terme de ce chapitre, nous pouvons faire le constat que la CSIRMT est l'outil principal des DS pour engager les professionnels de santé dans une prise en charge coordonnée des parcours de patients au sein du territoire. Ils appliquent une démarche projet déclinée transversalement sur le GHT et verticalement dans les ETS.

Pour débiter un processus de coopération, les DS ont fait le choix de favoriser le partage des expériences sur des thématiques communes à tous les ETS comme l'accueil ou l'organisation de la sortie

En outre, des méthodes issues du champ de la qualité et sécurité des soins comme la revue des événements indésirables ou le patient traceur pourraient être ré exploiter dans le suivi et l'optimisation de l'organisation des filières.

Par contre, une gestion des compétences paramédicales au sein du GHT à l'instar de la gestion des ressources humaines médicales placée au niveau des GHT, avec la généralisation des CME de GHT prévue dans la Loi Ma santé 2022, dans la perspective d'appuyer la mise en œuvre des projets médico-soignants partagé, n'est pas encore envisagée.

Après avoir cherché à comprendre la genèse des filières de soins, les freins et les leviers à leur mise en œuvre, nous avons pu explorer le rôle du DS ainsi que les outils et méthodes utilisés pour répondre à la question de recherche :

En quoi le Directeur des soins peut-il contribuer à la mise en place des filières de soins au sein d'un GHT ?

Il est temps de vérifier si nous avons des éléments de réponse aux trois sous-questions.

2.2.5 Des éléments de réponses aux trois sous-questions

- **Les pilotes des orientations stratégiques ?**

Question 1 : en quoi le trinôme DG, PCME et PCSIRMT du GHT joue un rôle prépondérant dans la définition des orientations stratégiques ?

Il me semble impossible de répondre à cette question avec l'étude d'un seul GHT. Les lectures qui ont jalonné ma réflexion ont démontré que la coopération en santé est polymorphe. La constitution d'un GHT dans un territoire donné est singulière. Elle est fortement conditionnée par l'environnement et la qualité des relations des acteurs en présence constitue le fondement du processus de collaboration.

La loi HPST du 21 juillet 2009 a placé le DS aux côtés du chef d'établissement au sein du directoire pour lui apporter une connaissance du terrain et des métiers du soins. Pour autant, au-delà du rôle de conseiller, le DS est surtout attendu dans la phase d'opérationnalité des projets médicaux discutés plutôt en bipartie, médecins et administratifs.

Par contre, dans ce GHT, le travail initié par les CGS du territoire au sein de la CSIRMT du GHT a été rapidement intégré aux réflexions de la communauté médicale pour composer le PMSP et fonder les orientations stratégiques.

- **La mobilisation des acteurs au travers de la CSIRMT ?**

Question 2 : la CSIRMT est-elle un levier pour mobiliser les acteurs dans la mise en place des filières ?

Il est clair que la CSIRMT est l'outil principal des DS pour donner du sens aux transformations de l'Hôpital et aider les professionnels à quitter les représentations

hospitalo-centrée pour les accompagner vers une vision plus intégrée des parcours de soins des usagers du système de santé où l'hôpital n'est plus qu'une étape des prises en charge. Les DS de ce GHT ont choisi d'instituer une démarche projet pour décliner le PMSP et fédérer les professionnels autour de la qualité des soins et la sécurité des soins à toutes les étapes de la prise en charge des filières de soins. L'élaboration du projet de soins partagé a été un outil de communication et de développement des coopérations territoriales.

En juin 2019, les DS du GHT ont organisé un bilan intermédiaire de la coopération au sein de leur GHT (Cf. annexe V). Les participants étaient enthousiastes. Ils ont particulièrement apprécié les échanges pluridisciplinaires, le fait d'avoir des objectifs partagés et réalisables, faisant sens quel que soit le secteur, la création d'un réseau ou encore les présentations d'autres professionnels lors des CSIRMT locales. Lorsque la PCSIRMT a demandé aux participants ce qu'ils souhaitaient pour les deux années à venir, les éléments recueillis ont principalement concerné le partage des pratiques, la présentation d'un projet commun inter-sites, le suivi des actions mises en place et l'association des acteurs de terrains et des usagers pour diffuser les messages. En effet, il paraît indispensable que les travaux de la CSIRMT du GHT soient lisibles et accessibles.

Ainsi, la CSIRMT du GHT mobilise les soignants pour garantir la qualité des prises en charge et améliorer la fluidité des parcours décrits dans les filières de soins.

- **Être CGS de l'ETS support : un rôle différent ?**

Question 3 : en quoi la perception des missions du DS diffère en fonction de leur lieu d'exercice établissement support établissement partie ?

Dans un environnement fragilisé par l'instabilité des organisations hospitalières induite par la recomposition de l'offre de soins, la motivation des acteurs est liée à la confiance et à l'autonomie.

Le directeur des soins est un directeur qui propose une méthodologie de travail en mode projet et fait preuve de compétences en opérationnalité et en organisation quel que soit son lieu d'exercice. Sa légitimité est renforcée par sa capacité à donner du sens et à porter des projets de coopération entre les professionnels du territoire.

Pour l'ensemble des directeurs des soins, il est important de travailler dans le respect de l'autre. Afin d'obtenir une adhésion collective et faire tomber la méfiance initiale, la CGS du CHU insiste sur la qualité « *d'être humble* ».

Un pilotage basé sur la co-construction et la prise de responsabilités contribue au développement des coopérations territoriales et valorise le rôle des directeurs des soins.

Même si les CGS des établissements partie du GHT s'en défendent, il apparaît que la CGS de l'ETS support et présidente de la CSIRMT du GHT a, de fait, un rôle différent. La dynamique portée par la CGS de l'ETS support fédère les DS autour d'une vision partagée des parcours de l'usager au sein du GHT et sur le territoire.

Au sein de la CSIRMT du GHT, la CGS de l'ETS support assure un rôle de médiateur opérationnel, pour favoriser les liens professionnels. Elle « *se doit de montrer l'exemple. Je dois être le maître d'œuvre du projet de soins du début jusqu'à la fin. Je me dois de ne pas défaillir pour les mobiliser* ».

Se placer dans l'exemplarité démontre la possibilité d'une coopération entre acteurs de différents horizons. Afficher dynamisme, constance et soutien sans faille suscite le partage, la collaboration et la volonté d'atteindre, collectivement, les objectifs fixés. Par contre, si la définition d'objectifs est indispensable, il n'est pas moins nécessaire de fixer des critères pour évaluer leur réalisation.

▪ **Comment s'assurer de l'efficience d'une filière ?**

Lors de mes rencontres avec les cadres de proximité, véritables chevilles ouvrières de la mise en œuvre au quotidien de la filière de soins étudiée, je fus surprise de découvrir qu'elles ne disposaient d'aucun document formalisé. Elles ne travaillent que sur la base d'habitudes et d'ajustements mutuels. Les médecins du service leurs transmettent oralement les modifications de parcours envisagées. De plus, en absence de DPI commun, elles ne partagent aucun outil avec leurs collègues, cadres de proximité des services des autres ETS partie impliqués dans la filière de prise en charge. Toutes les deux avouent qu'elles auraient appréciées d'avoir « *un schéma type chemin clinique pour organiser les parcours des patients relevant de la filière.* » Aussi, afin de devenir efficaces, « *elles ont dû apprendre à avoir les bons interlocuteurs pour se constituer un réseau.* »

Pour connaître l'efficacité de la prise en charge de la filière, un cadre dit « *qu'elle a accès aux tableaux de bord d'activité du service mais qu'elle n'a aucun élément sur la filière* » alors que la seconde dit *n'avoir aucun tableau de bord*. A son sens, une DMS < 2,5 jours est la preuve que la filière de prise en charge de cette pathologie est efficace.

De son côté, le chef de service évoque « *des protocoles communs de prise en charge médicale pour que tout le monde traite de la même manière mais ils sont formalisés uniquement au niveau du carnet de l'interne et ils restent perdus au milieu de pleins d'autres informations utiles.* »

A sa connaissance, il n'y a qu'un indicateur qualitatif. Il s'intéresse au pourcentage de patients adressés au CHU qui n'ont pas fait l'objet de retour d'informations au service « *adresseur* » dans les 24H. Par contre, il n'a pas précisé comment il obtenait cette information. Est-ce que ce sont ses collaborateurs qui tiennent à jour un tableau ? Est-il

fourni par le SI ? Il évoque également, comme la cadre de proximité, la DMS comme indicateur indirect.

Aussi, je mesure la constance et l'énergie que les pilotes, médecins et cadres de proximité, doivent déployer pour tenir informés tous les acteurs de la prise en charge. Le passage d'informations revêt une importance primordiale dans ce modèle organisationnelle. Si la communication informelle fait partie des organisations, il me semble que la communication formelle contribue, elle aussi, à fédérer et unir en assurant la circulation d'une information claire et partagée. C'est également un outil de management qui contribue à la pérennité du processus défini collégialement.

Par ailleurs, je m'interroge sur la capacité des acteurs de santé du territoire à envisager des améliorations dans un tel dispositif en l'absence d'autres indicateurs. Comment peuvent-ils s'assurer que les modifications apportées sont efficaces ? Sur quels critères ?

Avec une absence de mesure de l'impact de la prise en charge sur la qualité perçue par les usagers, comment peuvent-ils s'assurer de répondre aux besoins et aux attentes des usagers ?

2.2.6 Les limites de l'enquête

Mené en quelques mois, ce travail paraît bien inachevé. Le thème central de la recomposition de l'offre de soins en filière et la place du directeur des soins mériterait une approche sociologique plus affinée.

D'un point de vue méthodologique, l'analyse des propos recueillis a été compliquée par un manque de rigueur et d'homogénéité dans les questions de relance.

En outre, j'ai bien conscience qu'il serait présomptueux de tirer des conclusions à partir de l'analyse d'un seul GHT et une seule filière constituée. Il ne peut constituer qu'un support de réflexion pour se projeter dans le futur métier de directeur des soins. Cette démarche mériterait d'être enrichie par une approche quantitative au travers de questionnaires auprès de CGS au sein d'un nombre significatif de GHT.

De plus, le discours des professionnels interviewés a pu être influencé par mon statut d'élève directeur des soins.

Enfin, le choix des professionnels interviewés, volontairement restreint, ne prend pas en considération les impacts et les attentes des usagers, patients et familles, ni celles des équipes de soins.

A l'issue de ces éléments d'analyse, la dernière partie de ce travail abordera les préconisations que je me propose de mettre en place, en collaboration avec les autres DS du territoire, lors de ma prise de pose au sein d'un CHU, établissement support d'un GHT.

3 Contributions du directeur des soins pour des parcours adaptés aux besoins des usagers

Ce travail à partir du cadre de référence choisi et des investigations de terrain réalisées m'amène à quelques réflexions et axes de travail, des préconisations que je souhaite mettre en pratique à l'issue de la formation à l'EHESP.

Les préconisations reposent en premier lieu sur des éléments communs à l'ensemble des personnes interrogées.

Tout d'abord, le projet médico-soignant partagé est le socle fondateur et la feuille de route de la mise en œuvre des filières de soins.

La notion de parcours est intimement liée à la notion de décroisement.

Il ne faut pas négliger que la dynamique de coopération tend à complexifier les organisations. En outre, parce qu'elle génère de l'incertitude, des craintes et des tensions, il apparaît indispensable d'instaurer une communication de qualité.

3.1 La participation du DS à la stratégie territoriale

3.1.1 L'adaptation des activités et organisations aux besoins des usagers

« Le directeur des soins actuel a à définir sa position et s'affirmer dans une fonction de responsable de la qualité des soins et de l'organisation des parcours. »⁴¹

Dans la réflexion stratégique de l'établissement, les DS participent à la réflexion autour des questions suivantes :

- Est-ce que les activités de l'établissement couvrent les besoins de santé du territoire ?
- Est-ce qu'il y a des nouveaux besoins à couvrir ?
- Est-ce que nous en avons les ressources ? Des adaptations sont-elles nécessaires ?
- Faudrait-il coopérer avec d'autres pour coordonner un parcours ?

Pour anticiper les bénéfices pour autrui et notamment les usagers, les risques potentiels des évolutions actuelles, le directeur des soins a plusieurs atouts comme sa formation, ses compétences développées tout au long de son parcours professionnel et sa complémentarité avec le président de la CME dans le pilotage des filières de soins.

⁴¹ SCHWEYER F.X., « Les directeurs des soins dans la préfiguration des GHT », op. cit., p. S11

Responsable « *du respect des réglementations et des bonnes pratiques en matière d'organisation des soins* ⁴² », il travaille avec les responsables des pôles pour faire évoluer les services de soins et répondre aux objectifs stratégiques de l'établissement.

Par ailleurs, dans l'enquête, le chef de service de la filière étudiée a largement insisté sur la nécessité de « *sécuriser* » la qualité des relations avec les autres établissements du territoire que ce soit en amont comme en aval de l'hospitalisation.

Aussi, en travaillant étroitement avec la direction de la qualité et en s'appuyant sur le projet de soins, le DS pilote des actions d'amélioration de la qualité de l'accueil, du processus de soins durant l'hospitalisation et de la sortie. S'interroger sur la qualité du parcours de prise en charge engage à une vigilance et une adaptation constante.

En outre, pour que les équipes réussissent à s'adapter, il me semble nécessaire de donner les moyens aux cadres et aux équipes de soins d'intégrer les objectifs à long terme pour exploiter les compétences individuelles et développer les compétences requises, individuellement ou collectivement pour réaliser les activités.

3.1.2 La gestion des compétences - des nouveaux métiers de coordination

Dans cette construction de filières de soins, je perçois une nécessaire redistribution des activités. Pour ce faire, une adaptation des compétences des professionnels soignants semble incontournable.

S'appuyer sur une matrice de compétences peut permettre aux DS d'apporter un avis éclairé et de définir, en concertation avec le directeur des ressources humaines, les étapes essentielles de formation, adaptation des métiers et accompagnement des professionnels avant mise en œuvre. A mon sens, le DS se doit de rechercher un climat organisationnel favorable, entre les contraintes financières et les aspirations des professionnels.

Face aux défis de la recomposition de l'offre de soins, dans un contexte de déserts médicaux, de tensions aux urgences et de difficultés majeures en aval de l'hospitalisation, de nouveaux métiers de coordination ont vu le jour.

En premier chef, le bed-manager ou l'infirmier de flux ne peut avoir, à mon sens, une plus-value à l'organisation que s'il connaît le circuit des filières de soins des patients accueillis. De par ses partenariats avec les autres acteurs sur le territoire, le DS pourra lui permettre de développer ses connaissances et son réseau au sein du GHT.

Par ailleurs, en travaillant avec la direction des SI, il faut veiller à lui donner les outils informatiques adéquats qui permettront à l'organisation hospitalière d'identifier les filières les plus sollicitées ou les filières de soins le plus vite saturées.

⁴² Référentiel métier de Directeur(trice) des soins, op. cit.

En outre, sa mission ne doit pas se réduire à faire l'état des lits disponibles. Pour lui permettre d'optimiser les hospitalisations des patients, un travail en amont avec les équipes médicales et paramédicales permettra de repérer les services pouvant accueillir, en toute sécurité, des patients ne relevant pas habituellement de leurs filières de prise en charge. Ce travail de cartographie des services peut conduire à une définition d'axes de développement de compétences et un plan de formations dédié. De par sa position transversale, le DS peut travailler étroitement avec les chefs de pôle et les cadres de pôle, pour proposer d'inscrire des objectifs dans le domaine de la politique des soins dans les contrats de pôle.

A l'échelle du territoire, des infirmières de parcours, des commissions de parcours commencent à voir le jour. Il appartient aux DS de s'emparer de cette innovation organisationnelle et l'accompagner que ce soit en interne comme en externe. Les premières expérimentations font état de freins culturels. La venue d'une infirmière de parcours dans le service peut être perçue comme une ingérence ou une expression de l'incapacité des acteurs de terrain à organiser la prise en charge du patient concerné. Aussi, le DS accompagnera ce projet en renforçant la communication auprès des équipes médicales et paramédicales pour spécifier les objectifs de ce nouveau métier. A mon sens, il s'agit principalement de remettre le patient au cœur des réflexions. A ce stade, il est important de rappeler que la filière de soins modélise une prise en charge pour une catégorie de patient au regard des ressources et compétences réparties sur le territoire mais en aucun cas, elle ne se substitue aux choix de l'usager. Il serait dommage que cette modélisation freine l'inventivité pour répondre à la singularité des prises en charge. Les infirmières de parcours territoriales par une connaissance accrue des structures partenaires auront la compétence pour accompagner les parcours complexes dans leur intégralité.

Parce qu'il faut modifier les mentalités et les habitudes de travail, il me semble primordial d'impliquer les soignants à l'organisation de la sortie dès la consultation d'entrée en s'intéressant à l'environnement du patient, ses projets, ses désirs et réaliser une véritable évaluation de ses bénéfices/risques. Aussi, je propose de modifier le profil de tâches des infirmières travaillant en consultation pour développer une véritable consultation infirmière. Cette réorganisation devra nécessairement s'accompagner de formations des soignants, d'informations des partenaires notamment les médecins et d'explicitations auprès des patients. Il me semble que ce type d'organisation est à même d'accompagner les professionnels hospitaliers dans leur prise de conscience que l'hôpital n'est qu'un maillon de la chaîne de prise en charge des usagers de notre système de santé. Il s'agit « d'ouvrir les murs » du service et de l'établissement pour aller à la rencontre de nos partenaires sanitaires mais aussi sociaux et médico-sociaux. A mon sens, le DS a l'expertise pour proposer des organisations de travail, la légitimité pour piloter ces recompositions de parcours et la latitude pour accompagner le développement de nouvelles compétences.

Les premières infirmières de pratique avancée (IPA) intègrent, entre autres, les structures hospitalières. A l'interface entre les médecins et les infirmières, elles disposeront de compétences élargies. Elles auront notamment la responsabilité de suivre régulièrement des patients chroniques relevant d'une même filière. Ce nouveau métier n'est pas seulement une opportunité d'évolution de carrière pour les infirmières ; c'est aussi un renforcement de la coordination des parcours patient pour améliorer l'accès aux soins et faciliter l'articulation ville/ hôpital. Afin que son implantation dans les services soit efficiente il appartient au DS de vérifier qu'elle réponde à un besoin territorial. Par ailleurs, son rôle doit intégrer le parcours de santé mais aussi l'évaluation des pratiques professionnelles. Pour qu'une IPA soit acceptée dans une équipe de soins, il faudra du temps et de la confiance. Le soutien de la direction des soins sera indispensable pour accompagner le projet médico-soignant de l'équipe. Pour qu'elle puisse travailler de manière optimale, il me semble indispensable que ses champs de compétence soient clairement défini dès la formalisation du projet.

Ainsi, la direction des soins et la CME doivent travailler de concert pour afficher la fonction d'IPA comme une aide à la politique de soins de l'établissement, avec l'objectif d'améliorer la qualité des soins.

L'infirmière de parcours et l'IPA seront, assurément, complémentaires, avec une approche multidimensionnelle des soins. Elles travailleront en collaboration avec l'ensemble des acteurs du territoire pour fluidifier les parcours dans les filières de soins du territoire.

Ces futurs métiers de la coordination engagent les dirigeants, et particulièrement les DS, à avoir une vision politique et stratégique pour donner du sens et de la cohérence entre les différents projets de l'établissement.

D'un autre point de vue, la politique de recrutement et la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) ne pourraient-elles pas être deux domaines pour lesquelles les DS et les DRH partageraient une stratégie au sein du territoire ? La convergence des politiques RH pourrait alors s'accompagner de partages d'expérience et de capitalisation. Le GHT pourrait alors s'envisager comme un catalyseur d'apprentissages collectifs, autour de projets médicaux et paramédicaux.

Des entretiens conduits lors de cette enquête, je retiens que la CSIRMT est, pour les paramédicaux du territoire, le lieu d'excellence pour engager le partage et le travail collaboratif.

3.2 S'appuyer sur la dynamique de la CSIRMT du territoire

Le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux GHT précise le fonctionnement des instances communes. La CSIRMT de groupement est composée des présidents et de représentants des CSIRMT de tous les ETS partie. Elle transmet ses avis au comité stratégique du GHT et aux CSIRMT locales. La CSIRMT de territoire, instance de démocratie sanitaire, a un rôle à jouer dans l'organisation des soins, l'adaptation des ressources aux évolutions des activités ou encore la formation.

« Les CSIRMT de GHT doivent se constituer avec pragmatisme et bon sens pour permettre l'implication de tous les acteurs »⁴³

3.2.1 Une cohérence entre le projet de soins et le PMSP du territoire

Afin de répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins tout au long des parcours de soins des usagers, le projet de soins de l'établissement ne s'inscrit plus seulement dans une démarche participative au sein de la CSIRMT de l'établissement.

Je retiens de mes explorations du cadre de référence que la mise en place de filières ou de parcours de soins est un axe fédérateur majeur du projet de médico-soignant partagé.

Le « *faire vivre* », lui donner du sens et l'accompagner se concrétise dans une cohérence entre le projet de soins de l'établissement et le projet médico-soignant ou projet de soins du territoire, mettant en exergue le partage d'objectifs commun. Partager les valeurs communes qui fondent les deux projets, avec une même approche éthique permet d'engager un travail collaboratif dans le respect de l'autre avec un partage des expériences et des expertises.

Pour se projeter dans un avenir commun et construire ensemble, il est important de se donner le temps de prendre en considération l'existant des établissements qui composent le GHT, de partager les valeurs qui rassemblent et de comprendre les divergences de pratiques. La capacité à faire preuve d'empathie et d'assertivité sera essentielle pour appréhender d'autres logiques de prise en charge construites dans un environnement ayant des contraintes différentes.

Dans le cadre de la mise en œuvre des filières, la CSIRMT du GHT pourrait travailler sur des fiches de liaison que ce soit entre les établissements du GHT ou à destination de la médecine ambulatoire afin d'harmoniser les outils de communication (fiche de transfert, dossier de liaison d'urgence).

Pour faciliter les prises en charge tout au long du parcours des patients, la CSIRMT pourrait également être impliquée dans l'harmonisation des systèmes d'information. Des dossiers de soins identiques et des transmissions structurées de la même manière seront gage de

⁴³ GASTE M.C., février 2017, « la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques de GHT », revue soins cadres, n°101, p. 53

complétude de l'information lors des transferts des patients et permettront aux professionnels de prendre en charge les patients avec plus d'efficacité et de sécurité.

Parce que l'engagement des professionnels de terrain conditionne la mise en œuvre opérationnelle, la capacité à expliciter les plans d'actions à mener pour mettre en œuvre les filières de soins sera essentielle. D'autre part, afin d'offrir la liberté de proposer des thèmes de réflexions, sortir du schéma traditionnel de la relation hiérarchique peut nécessiter un apprentissage. Il appartient aux DS de valoriser les expertises des professionnels impliqués dans les groupes de travail.

L'organisation des réunions et une planification de travail sur toutes les thématiques sur un calendrier prévisionnel annuel, voire pluriannuel, permet de donner de la lisibilité à tous les acteurs, qui pourront alors s'investir dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des actions. Je retiens l'option de l'aide apportée par l'établissement support pour assurer le secrétariat de séance, préparer le compte-rendu. Pour participer à la connaissance et reconnaissance des environnements des établissements, la CSIRMT du territoire et les groupes de travail pourraient prévoir de se réunir successivement sur tous les établissements du GHT. La symbolique du lieu d'accueil renforce le sentiment d'ouverture sur les autres et participe assurément, à atténuer les craintes de centralisation de la part de l'établissement support.

La réussite de projet de soins sera largement conditionnée par la qualité de l'information et de la communication au sein de la CSIRMT locale et de la CSIRMT du territoire. Une diffusion d'informations claires et pertinentes dans chacun des établissements permet de diffuser un même message aux acteurs du terrain ; il est important que tous aient la même appropriation des enjeux et des actions engagées sur le territoire. Le bilan de la CSIRMT du GHT étudié fait état d'un défaut de communication. Les professionnels ne participant pas à cette instance ne la connaissent pas (ou très peu) et méconnaissent les travaux engagés. Ainsi, il faut mettre en œuvre tous les supports de communication pour « *Faire connaître l'instance localement - Organiser et renforcer la communication avec outils efficaces* » (annexe V)

Par ailleurs, il me semble important de communiquer régulièrement sur l'avancée du projet de soins dans d'autres instances, le comité stratégique au niveau du GHT, le directoire, la Commission Des Usagers (CDU) en local, pour ne citer que celles-ci.

De plus, il ne faut pas négliger l'information des cadres de proximité en réunion d'encadrement pour qu'ils assurent le relais de l'information auprès des équipes.

3.2.2 Un collectif DS compétent, engagé et promoteur

Le respect de la méthodologie de conduite de projet est essentiel pour accompagner les changements organisationnels inhérents à la mise en œuvre des filières.

Une vision commune des objectifs à atteindre est indispensable pour partager le pilotage des axes du projet de soins du territoire. Pour travailler ensemble, les DS ont à échanger sur les activités, les attentes, leurs visions de l'avenir pour trouver des compromis et élaborer des plans d'actions lisibles par tous. Les DS du GHT partagent une culture professionnelle et ont une approche organisationnelle similaire. Travailler ensemble permettra également de consolider l'identité professionnelle des directeurs des soins.

Ainsi, dans un cadrage territorial, avec des partenaires privilégiés pour engendrer une coordination stable et de qualité, le bureau de la CSIRMT du territoire sera à même de porter une vision politique et stratégique et d'apporter cohérence et sens à l'action.

Par ailleurs, il ne faut pas négliger qu'un équilibre et une répartition des pouvoirs est à rechercher entre les acteurs de l'établissement support et des établissements partie pour favoriser la coopération. Se retrouver entre pairs pour établir une stratégie renvoie à l'aptitude de chacun à se faire confiance, à partager et à construire ensemble. Aussi, la dynamique de la CSIRMT dépendra de la capacité des DS à décliner des plans d'actions négociés et partagés.

Pour autant, « *le coordonnateur des soins de l'établissement support a un rôle d'animateur de directeurs des soins de sites.* »⁴⁴ Néanmoins, garder un intérêt individuel à agir au sein du GHT permet de rester motivé pour agir collectivement. C'est pourquoi, il me semble important que chaque DS du territoire contribue aux groupes de travail, qui visent l'amélioration de la qualité des prises en charge et la satisfaction des usagers. L'adhésion collective permet de partager les tâches et, par la même, de renforcer le sentiment d'appartenance. Le respect des délais doit être une préoccupation de tous les DS ; le rôle du « maître du temps » revenant au PCSIRMT.

En outre, en inscrivant ses actions sur le territoire, le directeur des soins doit trouver un équilibre entre la collaboration avec ses collègues et le pilotage opérationnelle sur son site. La capacité du directeur des soins à faire confiance devient essentielle dans ce contexte. Il lui appartient de déployer des méthodes de travail innovantes pour inscrire son management dans la transversalité tout en maintenant son rôle de coordination et animation d'équipes professionnelles. L'usage de nouveaux outils de la communication comme la visio-conférence ou la « conf-call » facilitera les contacts et permettra de réduire les distances, tout en tissant un maillage de communication et de réseau. Le choix d'un

⁴⁴ SCHWEYER F.X., « *Les directeurs des soins dans la préfiguration des GHT* », op.cit., p. S11

matériel devra être concerté pour assurer une compatibilité d'utilisation à tous les acteurs du territoire.

Pour accompagner le changement et permettre l'innovation, les DS tiennent compte de l'évolution des besoins des usagers, des pratiques, des nouvelles technologies et des aspirations des professionnels. Il faut également oser, essayer, tester, expérimenter ce qui n'existe encore pas sur le territoire, sans oublier d'évaluer les solutions envisagées.

En effet, le suivi et l'évaluation des plans d'actions sont indispensables non seulement pour apporter les ajustements nécessaires mais aussi pour mesurer les bénéfices pour les usagers, les équipes de travail et l'institution.

3.3 Formaliser et prévoir des indicateurs de suivi d'impacts

Les équipes efficaces ne réinventent pas à leur échelle le système de la santé, elles s'inscrivent dans le cadre d'objectifs généraux et s'attachent à les atteindre à leur manière en les spécifiant. Un cadre de référence astreint les équipes à rendre compte de leur démarche, à s'autoévaluer en fonction de critères explicites et à réguler si nécessaire.

3.3.1 La formalisation des processus pour travailler ensemble

Selon la norme ISO 9001, « *un processus est un ensemble d'activités corrélées ou en interaction qui utilise des éléments d'entrée pour produire un résultat escompté*⁴⁵ ».

Le processus de prise en charge dans les filières de soins permet de définir ce qui doit être fait dans une vision transversale impliquant plusieurs acteurs. A la différence de la procédure qui s'intéresse plus à qui fait quoi, le processus offre une vision transversale tournée sur les attentes du patient. Formaliser un processus permet de se mettre d'accord sur le quoi faire et pourquoi le faire.

Aussi, formaliser un processus permet de lever les cloisons qui existent entre les services des différents établissements participant à la filière de soins. En effet, dans ce cadre, si chacun essaye d'optimiser son propre fonctionnement, personne n'est responsable du processus dans son ensemble.

La formalisation des processus permet de construire une vision commune des modes de fonctionnement et des objectifs. Elle permet de faciliter la compréhension d'une organisation. Ainsi des nouveaux professionnels comme les internes, tous les six mois, ou les cadres de proximité en prise de poste, auront une référence pour rapidement intégrer certains flux. Cela évitera de ne compter que sur la mémoire collective pour coopérer.

En outre, une mise en œuvre tacite introduit le risque de ne pas être en mesure de repérer les dysfonctionnements, les oublis, les dérives avant de se retrouver dans des situations complexes. De plus, nous pouvons constater que les professionnels prennent beaucoup de

⁴⁵ <https://www.iso.org>iso-quality-management/> ISO 9000 :2015/

temps pour retrouver les informations manquantes, comprendre ce qui a été fait et pourquoi. Si l'ensemble des ajustements informels générés n'est ni sauvegardé ni transmis, tout le bénéfice est perdu au départ des professionnels.

Par conséquent, formaliser un processus permet de capitaliser des connaissances qui pourront être partagées entre tous les acteurs participant à la prise en charge. Cela permet également de mettre en évidence les tâches réalisées en doublon ou sans plus-value pour l'utilisateur ou pour l'organisation, tout comme les tâches réalisées par personne...

Redéfinir, ensemble, le rôle de chacun des acteurs doit entrer dans une dynamique de flexibilité. Les processus doivent évoluer et chaque partenaire est acteur direct de l'évolution du process, pour que le bénéfice soit, encore une fois, pour l'utilisateur et pour les organisations.

La formalisation des processus ne doit pas être vécue comme un frein à l'innovation et à l'adaptation aux situations singulières des patients mais plutôt comme un support et une aide à l'action.

Aussi, il me semble indispensable d'accompagner les équipes dans la formalisation des processus de prise en charge dans le cadre de la mise en œuvre opérationnelle des filières de soins. Les DS ont un positionnement transversal pour accompagner les professionnels de santé dans une vision process qui décroïssonne et engage à quitter des logiques centrées sur le métier.

Pour faciliter l'appropriation de la méthode, plusieurs solutions sont possibles. Par exemple la direction des soins pourrait travailler en collaboration avec la direction de la qualité qui est plus aguerrie à la formalisation de processus, ou encore, former quelques experts au sein de la CSIRMT du GHT qui pourraient accompagner les groupes qui travaillent sur les filières de soins du territoire.

Les DS du territoire ont la légitimité pour proposer des orientations stratégiques en COSTRAT, repérer les potentiels dans les équipes soignantes et piloter un projet transversal avec les directions des ressources humaines des ETS du GHT.

In fine, la formalisation de toutes les filières de soins sur le territoire pourrait permettre d'envisager de créer une cellule opérationnelle de coordination des parcours au sein du GHT.

3.3.2 Des indicateurs pour progresser et s'assurer de la prise en compte des besoins des usagers

Un indicateur contribue à l'appréciation d'une situation. C'est un élément clef pour orienter les actions. Un indicateur ne doit pas être un simple constat. Il doit apporter une aide à la décision. Il va permettre de vérifier si le process actuel répond aux objectifs poursuivis. Le suivi d'indicateurs permet d'enrichir les informations pour faciliter les orientations stratégiques. Faut-il renforcer les actions engagées ? Faut-il tester d'autres solutions ?

A mon sens, les indicateurs doivent être définis en équipe pluridisciplinaire pour qu'ils correspondent parfaitement à une mesure de l'objectif à atteindre. Par ailleurs, pour prendre une décision à partir d'indicateurs, il faut avoir confiance dans l'information que ces indicateurs apportent. Aussi, tout professionnel participant au recueil de l'indicateur doit en comprendre le sens et le mode de recueil. La connaissance entrainera la confiance.

Il convient également d'élaborer un système d'analyse des écarts aux résultats attendus. Il s'agit d'en comprendre les causes et, éventuellement de prendre les mesures correctives nécessaires. Entre autres, ils peuvent être liés à des défauts d'appropriation des professionnels et il faudrait envisager de les informer ou former. Ils pourraient être aussi le fruit de modifications de prises en charge. Il serait alors possible de s'interroger sur la pertinence du process tel qu'il est formalisé. En effet, une filière de prise en charge doit s'adapter aux évolutions, qu'elles soient liées à l'« evidence based medecine » comme aux restructurations des établissements. Ainsi, il est important de rester en éveil sur la pertinence du parcours proposé aux usagers. Les DS ayant dans leur champ de compétences propres à « *organiser la cohérence des parcours de soins en coordination avec la communauté médicale, le personnel de soins, de rééducation et médicoteknique et les services supports* »⁴⁶ ont à se coordonner au sein du territoire pour assurer cette veille. Dans un second temps, les DS du territoire pourraient proposer de permettre aux professionnels libéraux de signaler des dysfonctionnements ou des événements indésirables liés aux parcours. Le plan d'actions pourrait s'enrichir après une analyse périodique et collégiale de ces dysfonctionnements en lien étroit avec tous les acteurs concernés. D'autre part, le fait d'inclure les professionnels du terrain dans le processus d'amélioration est valorisant pour eux, et permet de soulever des points que le management n'aurait pas forcément vu.

Ainsi, des indicateurs de suivi des plaintes, des retards de prise en charge contrebalancés par des indicateurs de partage d'informations et de satisfaction des usagers pourraient permettre de vérifier si la filière définie correspond à une attente et si elle reste réalisable.

⁴⁶ Référentiel métier de Directeur(trice) des soins, op. cit.

De mon point de vue, les DS devraient partager avec les présidents de CME la vision de ces indicateurs dans un tableau de bord, d'une part pour vérifier la pertinence des parcours proposés dans les filières de soins du GHT et d'autre part pour déterminer l'efficacité des orientations stratégiques choisies. Il devient alors un véritable outil de management, de mobilisation et de motivation.

En outre, parce que la motivation des équipes à s'investir est renforcée par la valorisation du travail réalisé, il me semble opportun de présenter les travaux réalisés par une équipe en CSIRMT et d'encourager des retours d'expérience dans des publications professionnelles pour valoriser la production de connaissances issues de l'expérience.

Conclusion

La restructuration de l'offre hospitalière se réalise davantage dans la contrainte démographique et financière que sous l'effet d'un pilotage efficace. L'autonomie des établissements et leur ancrage local qui en font des acteurs économiques essentiels, souvent premiers employeurs de la ville, freinent la mise en œuvre des transformations hospitalières attendues.

Parmi les autres freins à la coopération évoqués lors des entretiens, les personnes interviewées ont évoqué l'absence de contrainte réglementaire ou de solidarité budgétaire. Faut-il comprendre qu'il manque encore des règles pour que la mise en action s'engage ? Cependant, peut-on réellement créer la coopération en l'imposant ?

Néanmoins, la valeur ajoutée du GHT est d'obliger les établissements de santé publics à construire un projet médico-soignant partagé. La définition de filières prioritaires recentre la communauté hospitalière sur l'intérêt des usagers du système de santé du territoire, rend opérationnelle la stratégie du GHT et donne un cap aux restructurations hospitalières.

La coopération prend du temps à se mettre en place étant entendu qu'il faut commencer par partager ses valeurs et ses motivations. Le processus de création collective est permis par de nouvelles règles de fonctionnement co-construites. Une mise en valeur des aptitudes et capacités des équipes et un desserrement des contraintes superflues participent à la réussite d'une réorganisation transversale.

La communication et la coordination entre les différents acteurs et structures est un levier de réussite de l'organisation de filière de soins.

Afin d'engager les professionnels de terrain dans une dynamique de coopération, la mise en place des filières de soins doit être portée par les présidents de CME et CSIRMT.

Impliqué dans l'organisation des flux de patients et dans les collaborations avec les acteurs extrahospitaliers, le directeur des soins favorise l'émergence d'une culture de parcours chez tous les soignants.

La CSIRMT de territoire est un levier pour contribuer à la fluidification des parcours. Les directeurs des soins d'un GHT peuvent s'appuyer sur les CSIRMT locales et de territoire pour mobiliser les acteurs. Les DS du territoire ont à encourager le décroisement et sortir des représentations focalisées sur les métiers. Une CSIRMT dynamique et impliquée aura à cœur de s'engager dans la co-construction des parcours de soins.

Au sein des GHT, les DS ont à faire l'effort de se concerter, de définir ensemble la déclinaison opérationnelle du projet de soins et de partager la conduite des projets. Un fonctionnement efficace sera conditionné par une reconnaissance des compétences complémentaires des membres, un consensus sur le cap et les objectifs à atteindre, une répartition des responsabilités et une volonté de vérifier les effets obtenus au regard des moyens investis pour des régulations si nécessaires.

L'enquête réalisée dans le cadre de ce mémoire professionnel a montré que la coopération a commencé par une forme de cohabitation pacifique entre les différents acteurs des filières de soins, en définissant les tâches des uns et des autres, en convenant d'un certain nombre de règles permettant d'éviter les conflits et les confusions de rôles. Cette première étape permet déjà de dépasser l'isolement et de garantir un bon climat.

Face à la complexité de ces réorganisations, le groupe de DS d'un territoire a la mission d'explicitier les buts collectifs et d'établir des référentiels d'interprétation pour faire émerger un sens commun. Il s'agit de créer avec les professionnels, de manière explicite, de nouvelles règles pour partager un référentiel d'action et d'évaluation.

Même si la coopération passe par une attitude et une culture, elle exige aussi des compétences. Pour combattre les résistances et les obstacles, parfois même liés à la coopération, il faut savoir percevoir et porter un regard bienveillant sur ce qui, vu sa complexité, n'ira jamais de soi pour comprendre les situations. Se doter d'indicateurs facilite l'analyse des besoins, la stratégie, la prise de décision, la planification des étapes et l'évaluation des effets obtenus. Une approche par les process pourrait être privilégiée pour atteindre cet objectif.

La culture de coopération professionnelle passera par la prise de conscience que travailler ensemble permet d'avancer mieux que chacun pour soi et par le parti pris que l'apport de chacun profite à tous et forme un tout, avec des valeurs et des objectifs partagés.

Ainsi, en posant des méthodes, des références et des comportements communs, la culture territoriale facilitera le traitement des imprévus. En posant des valeurs et des représentations communes, elle facilite l'ajustement mutuel.

Bibliographie

Textes réglementaires

Disponibles sur Internet : www.legifrance.gouv.fr

LOI

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS - **Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, parue au JO n°167 du 22 juillet 2009

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ - **Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, parue au JO n°22 du 27 janvier 2016

MINISTÈRE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTÉ - **Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019** relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, parue au JO n°0172 du 26 juillet 2019

DÉCRET

MINISTÈRE DES EMPLOIS ET DE LA SOLIDARITÉ- **Décret n°2002-550 du 19 avril 2002**, portant statut particulier des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière paru au JO n°95 du 23 avril 2002

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS - **Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010** modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, paru au JO n°0227 du 30 septembre 2010

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ – **Décret n° 2014-7 du 07 janvier 2014** modifiant décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, paru au JO n°0007 du 09 janvier 2014

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ - **Décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relative aux groupements hospitaliers de territoire, paru au JO n°0101 du 29 avril 2016

ORDONNANCE

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES – **Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, parue au JO n°98 du 25 avril 1996

RAPPORT

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ : *Mission Groupement Hospitaliers de Territoire - Rapport intermédiaire*, HUBERT J. et MARTINEAU F., Mai 2015, 45 p

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Mission Groupement Hospitalier de Territoire, Rapport final*, HUBERT J. ET MARTINEAU F., Février 2016, 46 p.
Enquête nationale ADH, « *consolider l'an 1, préparer l'an 2 des groupements hospitaliers de territoire* », rapport d'enquête, avril 2018, 20 p.

Ouvrages

ALTER N., *Donner et prendre. La coopération en entreprise*, 2011, La découverte poche, 238 p.

BALLÉ C., *Sociologie des organisations, Que sais-je ?*, Paris, 2015, Presses Universitaires de France, 2015, 128 p.

BERGOIGNAN_ESPER Claudine, BRINGER Jacques, BUDET Jean Michel, *Les groupements hospitaliers de territoire : un moyen d'organisation de l'offre de santé*, Paris, 2019, Berger-Levrault, 196 p.

BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, Paris, 1985, éditions du Seuil, 480 p.

BOUTINET J.P., *Anthropologie du projet*, Paris, 2005, PUF, 2005, 300 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris, 1992, édition du Seuil, 500 p.

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

FREUND J., *Sociologie de Max Weber*, Paris, 1966, PUF, 257 p.

LOUAZEL M., MOURIER A., OLLIVIER E., OLLIVIER R., *Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé*, Rennes, 2018, Presse de l'EHESP, 544 p.

NIZET J., PICHAULT F., *Comprendre les organisations, Mintzberg à l'épreuve des faits*, Paris, 1995, Gaëtan Morin éditeur Europe, 315 p.

PIOLET F., SAINSAULIEU R., *Méthode pour une sociologie de l'entreprise*, Paris, 1994, Presse de la fondation nationale des sciences politiques et ANACT, 377 p.

Revues-Articles

ARRIVÉ J.Y., « *les compétences à développer pour la performance collective de demain* », Soins Cadres, n°103, sept. 2017, p. 35 - 37

DEVREESE E., « *légitimité du directeur et jeu d'acteurs* », revue hospitalière de France, février 2002, vol. 2002

DORAY P., « *Compte-rendu de DUBAR C., la socialisation, construction des identités sociales et professionnelles* », cahiers de recherche sociologique, n°18-19, 1992

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

GASTÉ M.C., « *la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicoteknique de GHT* », Soins Cadres, n°101, 2017, p. 53 – 57

LAGADEC A.M., « *Les directeurs de soins se projettent dans l'avenir* », Soins Cadres, n°103, sept. 2017, p. 5

SCHWEYER F.X., « *les directeurs des soins dans la préfiguration des GHT* », revue Soins Cadres, supplément au n°102, mai 2017, p. S9-S11

SERMONT G., « *Directeur des soins et fluidification des parcours de santé* », revue Soins Cadres, supplément au n°102, mai 2017, p. S12-S13

ZIMMERMANN J.F., « *DS, CGS et GHT : la fonction dans une dimension élargie* », Gestions hospitalières, 2017, p. 292 - 297

Sites internet

MINISTERE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *La stratégie nationale de santé 2018-2022*, www.solidarites-sante.gouv.fr

Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie : pour une prise en charge adaptée des patients et usagers- lexique de A à Z, janvier 2016, 92 p., disponible sur internet : www.solidarites-sante.gouv.fr

Parcours de soins Questions/ réponses, www.has-sante.fr

L'organisation des parcours de soins, www.ars.sante.fr

ENCYCLOPÉDIE UNIVERSALIS, www.universalis.fr

Normes ISO 9000 : <https://www.iso.org/iso-quality-management/> ISO 9000 :2015

Documents pédagogiques

Référentiel Métier de Directeur(trice) des soins, filière de formation des DS, EHESP, décembre 2011, mis à jour en novembre 2017

SCHWEYER F.X., « *sociologie de l'hôpital et de l'action collective* », document pédagogique, formation des directeurs des soins, promotion 2019, EHESP

Liste des annexes

Annexe I : guide d'entretien pour interview des directeurs, PCM et DS

Annexe II : guide d'entretien pour interview des acteurs de la filière étudiée

Annexe III : présentation de la population de l'enquête

Annexe IV : grille d'analyse des entretiens

Annexe V : bilan intermédiaire du GHT

ANNEXE I

Guide d'entretien

Date de l'entretien :

Fonction de la personne interviewée :

Depuis :

GHT : Comment s'est organisé le GHT sur votre territoire ?

Questions de relance

- Qu'est ce qui a motivé ce choix
- Quelles ont été pour vous les impacts de cette nouvelle organisation
- Cela a-t-il modifié vos organisations ?
- Comment travaillez-vous avec vos homologues du GHT ?

Filières de soins : De quelle manière avez-vous mis en place les filières de soins ?

Questions de relance

- Quelle a été votre stratégie pour définir les filières de soins prioritaires de votre GHT ?
- De quelle manière la mise en œuvre des filières est-elle pilotée ?
- Est-ce que le pilotage varie selon les filières ?
- Quels sont les acteurs « indispensables » pour qu'une filière se mette en œuvre et fonctionne ?
- Est-ce que des filières identifiées dans le projet médical partagé n'ont pas réussi à se mettre en place ?
- Quel type de difficultés rencontrez-vous ?
- **Quels ont été les facteurs facilitant la mise en œuvre effective des filières ?**

Rôles du DS : En quoi le DS peut contribuer à la mise en œuvre des filières de soins ?

Questions de relance

- Est-ce que les missions des DS engagées dans la mise en œuvre des filières varient en fonction des filières ? des acteurs engagés ?
- **Quels ont été les méthodes et/ou outils que vous avez mobilisés pour impliquer les acteurs de soins sur la mise en œuvre des filières ? => DS**

ANNEXE II

Guide d'entretien

Date de l'entretien :

Fonction de la personne interviewée :

Depuis :

- Quelles sont les structures qui participent ?
- Quelles sont les personnes ?
- De quelle manière collaborez-vous avec vos partenaires ?
- **Quels sont vos outils de collaboration ?**
- Le parcours et les champs de collaboration sont-ils formalisés ?
 - Avec tous ?
 - Avec toutes les structures ?
 - Avec tous les professionnels ?
- Quels sont les outils que vous utilisez pour assurer cette collaboration renforcée entre vous ?
- **Quels ont été les facteurs favorisant la mise en œuvre et la pérennité de la filière ?**
- Avez-vous rencontré des difficultés ? si oui, lesquelles ?
- Quels sont les compétences que vous avez développées ?
- **Avez-vous des outils de mesure de l'impact de la mise en œuvre de la filière ?**

ANNEXE III

Établissements	Entretien n°	FONCTION Personne interviewée	Date entretien
ETS support	1	PCME	27/05/2019
ETS support	2	DGA	28/05/2019
ETS support	3	CDS Filière	03/06/2019
ETS support	4	DH Performance	04/06/2019
ETS support	5	CDS Filière	04/06/2019
ETS partie	6	CGS	05/06/2019
ETS partie	7	CGS	05/06/2019
ETS support	8	DS adjointe	07/06/2019
ETS support	9	Chef de service filière	11/06/2019
ETS partie	10	CGS	11/11/2019
ETS support	11	DH Projets médicaux	12/06/2019
ETS support	12	CGS ; PCSIRMT	19/06/2019

ANNEXE IV

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
TABLEAU DE RECUEIL DE DONNEES POUR L'ANALYSE DES GRILLES D'ENTRETIEN													
QUESTIONS REPONSES	TOTAL	Ent. 1	Ent. 2	Ent. 3	Ent. 4	Ent. 5	Ent. 6	Ent. 7	Ent. 8	Ent. 9	Ent. 10	Ent. 11	Ent. 12
MISE EN OEUVRE DES FILIERES DE SOINS													
Participant à l'entretien		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Médecin	2	1								1			
DS ou DCS (ou FFDS)	5						1	1	1		1		1
CDS	2			1		1							
Directeur	3		1		1							1	
PRIORISATION DES FILIERES DE SOINS ?													
filieres travaillées et proposées par des sous-groupes de la CME	4	1						1			1		1
priorisation par le COSTRAT	1	1											
dans l'intérêt de l'usager ("Mettre le parcours patient au centre des démarches")	3	1					1	1					
analyse stratégique du territoire	3	1	1				1						
A partir des plans nationaux de santé	1		1										
1 consultant a accompagné la construction du PMP	1				1								
1 groupe parcours patient au sein de la CSIRMT du GHT	1										1		
PILOTAGE MISE EN OEUVRE ?													
rédaction du PMP piloté par un médecin élu pour la mission	1	1											
par 1 médecin responsable de la filière	1	1											
pas vraiment de pilotage	2		1						1				
Pilotage par un binôme médecin/ directeur (gouvernance partagée CHU/CH)	1				1								
pilotage médical	2						1						1
DS qui a piloté quelques filières dans sa qualité de directeur référent	1							1					
Des DS ont intégré des groupes de travail médicaux administratifs (notamment sur les petits ETS) et peuvent faire des liens et donner des informations sur l'avancée des autres groupes au niveau du bureau de la CSIRMT	1												1
VARIATION DANS LE PILOTAGE?													
liée à la volonté des acteurs	1	1											
des points d'étapes sont discutés en COSIRAT car les projets ne sont pas vraiment construits ensemble (PM & PNM)	1												1
ACTEURS DE LA MISE EN OEUVRE DES FILIERES?													
médecins	4	1	1				1	1					
cadres de santé	2	1						1					
soignants	2		1					1					
Directeur	1												
DS	2				1		1						
chefs de pôle	1						1						
CONTRIBUTION DU DS													
pas dans la mise en oeuvre mais dans le maintien de la dynamique	1	1											
faire en sorte que les CDS suivent la ligne de conduite fixée	2	1					1						
médico administrativement													
influence mais ne peut construire contre les médecins	1		1										
rôle majeur dans la stratégie interne et territoriale	3		1				1				1		
interface entre les injonctions paradoxales y compris dans les relations avec les autres ETS	1		1										
opérationnalité des parcours	3		1				1					1	
pour assurer la stabilité (assurée par les CDS de proximité)	1	1											
animation de la CSIRMT locale	1						1						
participation à la CSIRMT du GHT 3 axes (parcours- qualité et formation)	2						1	1					
Fait vivre le projet de soins	1						1						
Management par la qualité	1												
Travailler le décloisonnement	3						1				1		1
Garant du bon fonctionnement de la filière (respect de la Loi)	1												
Coordination- construction et à l'initiative de projets	2						1				1		
faciliter l'acculturation à la logique de filière	2								1				1
Se rapprocher des pilotes des filières pour questionner sur les difficultés du parcours (plutôt sur des aspects pratico-pratiques)	1										1		
partage d'outils et de savoirs pour être moins isolé dans son propre ETS	1										1		
avoir une vision systémique et faire les liens entre toutes les initiatives et tous les acteurs	2										1		1
Travail de conceptualisation, test et généralisation	2										1	1	
harmoniser les pratiques	2											1	1
compétences?													
avoir la conviction qu'il est possible de mieux travailler ensemble	1		1										
voient plus vite l'intérêt du patient	1		1										
maîtriser la démarche projet	1							1					
être humble pour fédérer	1												1
s'adapter aux évolutions (activité, ressources) et reformuler certains objectifs	1												1
missions?													
PCSIRMT - fédérer les DS du GHT	2	1											1
Mobiliser une équipe PNM	3				1						1		1
Donner du sens- expliquer	2				1								1
accompagner le changement	2				1								1
ières contributions au niveau de son propre ETS en intégrant la mise en oeuvre des filières dans le projet d'ETS et du CPOM	1										1		
expliciter ses objectifs sur 1 démarche soignante qui s'intéresse à la qualité des PFC la parcours patients et les pratiques soignantes													

ANNEXE IV (bis)

TABLEAU DE RECUEIL DE DONNEES POUR L'ANALYSE DES GRILLES D'ENTRETIEN													
QUESTIONS REponses	TOTAL	Ent. 1	Ent. 2	Ent. 3	Ent. 4	Ent. 5	Ent. 6	Ent. 7	Ent. 8	Ent. 9	Ent. 10	Ent. 11	Ent. 12
MISE EN OEUVRE DES FILIERES DE SOINS													
Participant à l'entretien		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Médecin	2	1								1			
DS ou DCS (ou FFDS)	5						1	1	1		1		1
CDS	2			1		1							
Directeur	3		1		1							1	

expliciter ses objectifs sur 1 démarche soignante qui s'intéresse à la qualité des PEC, le parcours patients et les pratiques soignantes	1												1
créer du lien entre les acteurs des ETS (mission du PCSIRMT / CDS des ETS partie)	1												1
Elle est le maître d'œuvre du projet de soins du début jusqu'à la fin. Elle doit impulser en permanence. Elle se doit de ne pas défaillir pour les mobiliser	1												1
Le projet de soins du GHT a 3 axes. 2 ou 3 DS pilotent chaque axe. La DCGS du CHU apporte un renfort par 1 CSS dans chaque axe (CR, organisation, ...)	1												1
Le bureau de la CSIRMT a écrit les fiches actions pour chaque axe avec le calendrier prévisionnel et les indicateurs de suivi d'avancée. Le calendrier est défini pour l'année et la DCGS du CHU vérifie sa mise en application (accompagnement, soutien, relance, tableau de suivi des objectifs maintenu à jour)	1												1
Le DS de l'ETS support a un rôle de pilotage.	1												1
méthodes? Et outils?													
montrer l'exemple	1		1										
décliner avec les équipes	1		1										
Logiciel Parcours- DPI commun <i>Avenir</i>	1												
Fiche événement indésirable/ parcours	1						1						
Réunions Interdisciplinaires/ partenaires de la PEC- travail sur la PEC clinique	1						1						
Mise à disposition de personnels pour des consultations avancées (IDE)	1						1						
1 fichier Excel pour suivre les 30 items qui font l'objet de projets / PEC des usagers	1							1					
1 diagramme de Gant pour avoir une vision globale sur 3 ans du PMSP	1							1					
le projet de soins et les fiches actions déclinées au niveau des pôles et des services	1								1				
Le partenariat avec les IFMS et la formation continue	1								1				
La dynamique Patient traceur est un outil pour comprendre les problématiques d'interface dans une filière	1								1				
Susciter la mobilité sur le territoire avec la définition de compétences et ressources s	1											1	
Mettre en place des équipes partagées paramédicales de territoire en repérant les pr	1											1	
Définir des plans de formation articulés et partagés	1											1	
se réunir pour mettre en commun des problématiques telles que l'accueil, le transfert de patients	1												1
rédaction du règlement intérieur de la CSIRMT du GHT	1												1
1 fichier Excel pour suivre l'avancée des actions sur les 3 axes du PMS du GHT	1												1

FACTEURS FACILITANTS													
CHT préalable	3	1	1									1	
Filières préexistantes	5	1	1				1	1				1	
partenariats anciens	3		1				1					1	
Structuration de la filière AVC grâce à une incitation publique, avec l'autorisation d'activité de thrombectomie accordée à quelques centres	1				1								
mieux se connaître pour travailler ensemble	5	1					1	1			1	1	
renforcement de la cohésion au sein du GHT quand 1 CH hors GHT cherche de l'aide	1	1											
Top management bien défini	1	1											
attitude volontariste	5		1					1			1	1	1
volonté du DG et chefs d'établissements des CHG	1				1								
attitude volontariste du vice président de la CMG (PCME d'1 ETS partie)	1	1											
captation d'un historique favorable	1		1										
bonne entente médicale	3	1	1									1	
Maturité de certains secteurs					1								
contraintes qui obligent à coopérer (phénomène de dépendance)	2		1		1								
rapport de force avec défaillance d'un des partenaires	2		1		1								
équilibre de donnant/ donnant sans être sûr du retour	1		1										
Mécanismes incitatifs	1				1								
complémentarité entre ETS support et ETS partie	1							1					
Politique de mobilité des professionnels et des cadres	1								1				
l'ETP pourrait permettre d'avoir une approche filière mais pour l'instant il n'est exploité qu'au niveau du CHU	1								1				
Parcours qualifiant des PM et PNM comme à l'APHP	1								1				
IDE de coordination d'aval et de réseaux aux urgences	1								1				
Travailler ensemble, au sein du GHT sur les attendus et besoin du DPI	1								1				
Faire faire aux CDS, au moins une fois, le parcours pour connaître l'environnement et les interlocuteurs et aussi pour pouvoir expliquer concrètement le parcours aux usagers	1								1				
Impliquer les professionnels concernés dans les projets pour avoir une vision plus élargie	1								1				
instaurer une identité du GHT	1											1	
même priorisation des actions au niveau du GHT qu'au niveau de l' ETS => cohérence	1												1
des temps de convivialité (ex: visite d'ETS pour les partenaires)	1												1

ANNEXE IV (ter)

DIFFICULTÉS?														
Financières														
SIH pas assez convergent	4		1				1			1			1	
quand les ETS ont une offre concurrentielle ("le GHT n'a rien apporté de plus")	1		1											
Enveloppes budgétaires-arbitrages budgétaires	1						1							
Pas de pression / performance comptable (EX-SSR pas encore en T2A (pas de contrainte sur la DMS)	1								1					
Organisationnelles														
Le mille-feuille administratif	1						1							
mauvaise entente médico-administrative	1	1												
impossible d'imposer une filière théorique	2	1	1											
réalité médicale qui peut être différente du découpage du GHT (ex filière des urgences médicales)	2	1	1											
Les GHT ont été calqués sur le découpage administratif et non sur des territoires de santé	1												1	
gestion du temps (des réunions supplémentaires)	2	1										1		
représentativité des CME locales au collège médical du GHT	1	1												
Difficultés de recrutements médicaux => "Face à la rareté, chacun se débrouille dans son coin"	1							1						
Disparité entre les ETS pour la gestion des PNM (règles sur le temps de travail-attractivité avec des ETS qui proposent des primes d'installation)	1							1						
Les pôles ne sont pas construits dans une logique de parcours ou de filière= c'est donc un frein.	1								1					
Organisation autosuffisante, les secteurs sans soucis de recrutement => repli sur eux-même	1									1				
groupes de travail en silos plan d'actions de la CSIRMT en chevauchement ou en croisement avec d'autres groupes (filières, SIH)	1											1		
Axes médicaux et axes paramédicaux partagés mais mise en place et déclinaison restées en silos	1											1		
défaute de structuration et formalisation	1												1	
Perte de motivation face à l'impression « d'usine à gaz »	1													1
Légitimité / Culturelles														
Rapports tendus - inquiétude des petits ETS qui ont peur de perdre. Sont sur la défensive	5				1			1	1				1	1
partenariats avec secteur privé et/ ou circuit hors GHT toujours effectifs	3	1	1										1	
statuts des médecins et des directeurs qui restent autonomes	2		1						1					
repli des ETS qui restent dans une relation client/ fournisseur (ETS partie/ ETS support)	1		1											
Cloisonnement- des logiques « propriétaire »	3						1					1	1	
crainte de captation de patientèle (fantasmes des partenaires à surmonter)	3		1		1			1						
Sentiment de dessaisissement de l'offre de soins, disparition de l'activité	1				1									
absence de personnalité morale du GHT = Pas de moyens réglementaires (pas ordonnateur, pas employeur)	3	1			1				1					
frontières administratives immuables	1		1											
incapacité à réorienter les patients vers un hôpital du GHT	2		1										1	
confusion dcs élus / maintien de service public et des emplois	1		1											
Incohérence géographique avec des filières naturelles des patients et des adresses historiques														
(1 CH => 1 autre GHT, 1 CH hors GHT => CHU)	1				1									
le plan d'actions n'avance pas => les décisions stratégiques sont extrêmement compliquées à prendre	1							1						
paradoxe des besoins: des outils partagés mais pas se séparer de ses propres outils et de ses habitudes de travail	1													1
ANALYSE D'UNE FILIÈRE SÉLECTIONNÉE														
2. Comment collaborez-vous avec vos partenaires ?														
OUTILS DE COLLABORATION?														
non	0													
oui	3			1			1				1			
Structures participant à la filière de soins		0	0	5	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
1 autre CHU	2			1		1								
2 CH du GHT	2			1		1								
1 CH hors GHT	2			1		1								
SSR du GHT	1			1										
des ETS privés	0			1										
Personnes		0	0	6	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0
Médecin traitant	1			1										
Cadre de santé	1			1										
Service social	1			1										
médecins hospitaliers	3			1		1				1				
internes	2			1						1				
infirmiers	1			1										
Parcours formalisé ?														
non	2			1		1								
oui	0													
1 parcours pour le pré et post intervention - des consultations chirurgicales avancées	1					1								
une procédure organisationnelle pour les patients qui arrivent directement en radiologie interventionnelle	1					1								
Il existe Des protocoles communs de PEC médicale pour que tout le monde traite de la même manière														
Formalisés uniquement au niveau du carnet de l'Interne (au milieu de pleins d'autres informations utiles)	1									1				

ANNEXE IV (fin)

Qui est le coordonnateur ?												
aucun	1			1								
Médecin	0											
Directeur des soins	0											
directeur référent	0											
les outils de la collaboration												
téléphone	2			1						1		
trajectoire	1			1								
ultragenda avec l'autre CHU	2			1		1						
staff journalier	1			1								
3. Quelles sont les facteurs favorisant la mise en oeuvre ?												
habitudes	2			1		1						
ajustements simples entre médecins qui se connaissent	3			1		1				1		
les cadres sont informés oralement des modifications	1			1								
taille du service qui permet une circulation de l'information entre médecins et cadres	1			1								
contractualisation pour des gestes techniques	1			1								
1 staff médical tous les matins pour ajuster les trajectoires des patients (au CHU)	1			1								
avoir une bonne connaissance des personnes participant à la filière	1									1		
formation des internes tous les 6 mois	1									1		
offrir des plages de gestes techniques aux PH des autres CH pour améliorer l'attractivité	1									1		
des médecins avec des temps partagés pour bien connaître les équipes	1									1		
des réunions trimestrielles (en visio) pour faire des points d'étape	1									1		
formation des médecins étrangers recrutés dans les CH au niveau du CHU	1									1		
Favoriser les échanges médicaux entre les centres	1									1		
des temps de partage (ex- 1 soirée d'enseignement annuelle)	1									1		
3. Quelles sont les compétences que vous avez développées ?												
communication (téléphonique et mail)	1			1								
constitution d'un réseau pour avoir les bons interlocuteurs	1			1								
apprentissage par tutorat	1					1						
animation de STAFF sur les autres sites	1									1		
Avez-vous des outils de mesure de l'impact de la mise en oeuvre de la filière ?												
Non	2			1		1						
Oui	1									1		
Accès à des tableaux de bord / activité du service mais rien sur la filière	1					1						
Indicateur qualitatif : % de patients adressés au CHU qui n'ont pas fait l'objet de retour d'informations au médecin	1									1		
Indicateurs indirects : PMSI, DMS	1									1		

6. Divers : Qu'avez-vous à ajouter ?	
fonction : CDS	
Est arrivée après la restructuration de l'offre de soins au niveau du CHU avec une extension des moyens, en réponse à un besoin du territoire	
gestion de parcours et de places sans protocoles paramédicaux communs	
A la prise de poste, aurait apprécié d'avoir un schéma type pour organiser les parcours des patients relevant de la filière	
1 note a été écrite par 1 CH pour la PEC des transports dans le cadre des parcours mais elle n'est pas partagée avec les autres CH participant à la filière	
fonction : DGA	
Le vecteur juridique ne vient qu'habiller des coopérations mises en place auparavant	
Le CHU met dans la balance son soutien médical et son expertise	
La gestion des lits centralisée et une meilleure coordination pourraient être des facteurs favorisant la construction de filières territoriales	
fonction: DS	
Missions et fonctions différentes des DS liés à chaque ETS et au portefeuille de missions qui peuvent être différents (ex- est aussi directeur de la qualité) => Modifie les implications dans le GHT	
le GHT est une belle expérience qui ouvre les murs une dynamique s'est créée avec les collègues DS du GHT avec de l'entraide quand l'un ou l'autre traverse des difficultés	
C'est une réforme qui se met en place mais qui n'est pas encore terminée: nouvelle version avec Ma santé 2022 avec l'enchaînement des lois et réformes on est dans une perpétuelle course à changer les organisations, sans évaluation	
Les priorisations du GHT n'apparaissent pas clairement dans le projet d'ETS	
fonction: chef de service - filière cardiologique	
« c'est comme un bon restaurant, il faut que cela soit toujours parfait »	
Faire vivre une filière est très exigeant	
Il faut être constant dans la qualité des prestations fournies	
Il faut être tout le temps disponible, et pour tout le monde	
Il faut respecter ses engagements / courrier, retour d'informations	

Bilan intermédiaire CSIRMT du territoire 2018-2019

Points forts

CSIMRT GHT	PMSP
❖ Intégration des usagers depuis juin 2019 ❖ 9 rencontres de bureau ❖ 8 CSIMRT GHT ❖ 4 points d'étape du PMSP ❖ Calendrier de travail respecté	❖ Forte implication des professionnels ❖ Participation active des directeurs de soins des établissements parties prenantes ❖ Suivi rapproché des actions menées et à mener ❖ 12 rencontres des groupes de travail

→ **Partage d'expérience riche entre les établissements**

ANNEXE V (bis)

Actions réalisées ou en cours dans les 3 axes du projet de soins du GHT

Axe 1 : Participer à la fluidité des parcours

Pilotes : I.HELLY-DORDET-
J.RICHARD

- ❖ Recensement des informations nécessaires à la continuité des soins
- ❖ Elaboration d'outils communs : fiche de liaison, pochette patient, ...
- ❖ Synthèses des fiches structures sur les filières avec les CSIMRT de chaque établissement

Axe 2 : Renforcer la culture qualité/sécurité des soins

Pilotes : B.PARRA – C. MILLET M.
ZANONE- M. LE CAZ

- ❖ Identification des contacts de chaque établissements
- ❖ Recensement en cours des audits de pratiques soignantes
- ❖ Identification en cours des programmes d'ETP
- ❖ Partage sur les systèmes de déclaration des EIG et FEI

Axe 3 : Développer les compétences, la formation et la recherche en soins

Pilotes : M.C GASTE – M.MONTBRUN

- ❖ Recensement des personnes ressources et volontaires pour partager des expertises autour de 11 thématiques (noms et coordonnées)
- ❖ Recensement des journées professionnelles et communication
- ❖ Partage des outils d'accueil et de tutorat sur les établissements
- ❖ Campagne de sensibilisation de la recherche paramédicales dans les CSIMRT locales
- ❖ Identification des nouveaux métiers : IPA, ASG
- ❖ Participation au comité de recherche en soins

TONOLI	Anne	Décembre 2019
Filière Directeur des Soins Promotion 2019		
La mise en œuvre des filières de soins : Un enjeu stratégique pour les directeurs des soins		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : RENNES - PARIS		
Résumé : Les GHT, mis en place avec la loi de Modernisation de notre Système de Santé du 26 janvier 2016, amène les établissements à renforcer leurs coopérations autour d'un projet médico-soignant partagé. La mise en place de filières de soins est un objectif central des GHT. Elle implique des mutations organisationnelles importantes pour les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. La coopération et la coordination deviennent des éléments essentiels dans ce nouveau modèle complexe où la gestion des interdépendances est prépondérante. La coopération ne se décrète pas, elle se bâtit pas à pas, en partageant des valeurs, fixant des objectifs communs et co-construisant un plan d'actions. Le positionnement tant stratégique qu'opérationnel du directeur des soins représente un atout pour impulser une dynamique de coopération. Sur un territoire, les directeurs des soins montrent l'exemple en travaillant de concert pour contribuer à la déclinaison du PMSP, en s'appuyant sur les CSIRMT locales et la CSIRMT du territoire. Une méthodologie de conduite de projet maîtrisée, des prises en charge formalisées et un suivi d'indicateurs d'impacts facilitent le découplage des métiers et la mise en œuvre des filières de soins.		
Mots clés : GHT, Filière de soins, Coopération, Directeur des soins, CSIRMT		
<i>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.</i>		