



EHESP

Filière Directeur des soins

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**Le directeur des soins, un des acteurs
clés de la cohésion des professionnels
au sein d'un groupe hospitalier public
sanitaire et médico-social**

Christine GILLET

Remerciements

Nos remerciements s'adressent en première intention à l'équipe de direction de ce groupe hospitalier public sanitaire et médico-social, terrain de notre recherche ;

Nous remercions particulièrement le directeur général, le directeur des ressources humaines et des affaires médicales, le directeur des soins, coordonnateur général des soins et le directeur des soins pour leurs éclairages et conseils ;

Nous souhaitons également remercier toutes les personnes interviewées dans le cadre de notre enquête et qui nous ont accordé du temps pour répondre de manière sincère à notre questionnaire ;

Nous adressons nos remerciements au binôme évaluateur du projet et de la note d'étape de notre mémoire professionnel, Elisabeth Cosson et Isabelle Monnier, ainsi qu'à Jean-René Ledoyen pour son accompagnement.

Enfin un merci à notre famille et en particulier à Stéphanie, pour ses relectures assidues.

Sommaire

Introduction	1
1 La direction commune, un mode de coopération conventionnel rapprochant les secteurs sanitaire et médico-social.....	5
1.1 Du contexte historique des coopérations au développement des directions communes.....	5
1.1.1 Evolution des coopérations au cours des différentes réformes sanitaires et médico-sociales	5
1.1.2 De la scission au rapprochement des secteurs sanitaire et du médico-social.	7
1.1.3 La direction commune, une organisation contractuelle répondant à des enjeux multifactoriels.....	10
1.2 Des stratégies développées favorisant la cohésion des professionnels.....	13
1.2.1 De l'autonomie des structures à la construction d'une identité collective	13
1.2.2 De la coordination à la mise en œuvre de la coopération	15
1.2.3 De la coopération à l'adhésion, une question de confiance et de sens.....	17
2 La direction commune : une étude réalisée au sein d'un groupe hospitalier sanitaire et médico-social	21
2.1 Le champ de l'étude : un groupe hospitalier public sanitaire et médico-social ...	21
2.1.1 L'environnement territorial de ce groupe hospitalier	21
2.1.2 L'offre de soins territoriale	21
2.1.3 La répartition géographique des établissements rattachés à ce groupe hospitalier.....	22
2.2 La méthodologie de recherche	24
2.2.1 L'outil sélectionné et la méthode d'analyse	24
2.2.2 La population choisie.....	24
2.2.3 Les limites de l'étude.....	25
2.3 La direction commune : un mode de coopération facilitant la cohésion des professionnels.....	25
2.3.1 Le développement d'une direction commune : l'analyse du contexte	25

2.3.2	La construction d'une direction commune : un processus structuré en trois phases	29
2.3.3	Les acteurs clés de la cohésion des professionnels.....	37
2.3.4	Synthèse	40
3	Préconisations : un modèle de construction d'une direction commune basé sur le principe de la délégation	41
3.1	L'analyse de l'environnement : les fondations d'une coopération réussie	41
3.2	Le développement des relations : un climat de confiance à instaurer	43
3.3	Des travaux fédérateurs et des valeurs partagées : une coordination à piloter ..	44
3.4	L'accompagnement du changement : les cadres à impliquer	46
3.5	La communication : un « ciment » propice à la cohésion	48
3.6	La construction de l'avenir : un projet commun à formaliser.....	51
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFDS	Association française des directeurs des soins
ARS	Agence régionale de santé
CH	Centre Hospitalier
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CNG	Centre national de gestion
CS	Cadre de santé
CSS	Cadre supérieur de santé
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DG	Directeur général
DS	Directeur des soins
DS-CGS	Directeur des soins, coordonnateur général des soins
DRHAM	Directeur des ressources humaines et des affaires médicales
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Equivalent temps plein
FMI	Fédération médicale interhospitalière
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GHP	Groupe hospitalier public
GHT	Groupe hospitalier de territoire
GIE	Groupement d'Intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
HAD	Hospitalisation à domicile
MCO	Médecine – Chirurgie – Obstétrique
SIH	Syndicat interhospitalier
SPH	Service public hospitalier
SPTS	Service public territorial de santé
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
USLD	Unité de soins de longue durée

Introduction

L'accès à des soins de qualité représente une exigence à laquelle peut prétendre tout patient, quel que soit son âge ou son lieu de résidence. Ces attentes sont de véritables enjeux sur certains territoires de vie, notamment ceux situés dans un bassin géographique rural. C'est dans ce contexte, que la loi du 19 juillet 2009, dite loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) invite les établissements de santé à développer des coopérations, des filières de soins, des réseaux.

Ces coopérations sont mises en œuvre entre autres à travers des communautés hospitalières de territoire (CHT). Pour autant, en parallèle, certains établissements favorisent un autre mode conventionnel, la direction commune. Nous avons constaté, en effet, lors d'un stage réalisé dans un territoire de santé semi-rural, que la coopération d'un établissement de santé de référence sur son territoire avec d'autres structures sanitaires et médico-sociales, s'est tout d'abord manifestée en janvier 2010 par la création d'une direction commune. Le déploiement de ce mode de coopération s'est poursuivi progressivement, regroupant à la mi-juin 2014, quatre établissements sanitaires et quatre établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Un groupe hospitalier public sanitaire et médico-social s'est constitué et a fait d'ailleurs l'objet, lors de notre venue en stage, d'une préoccupation prégnante de la part de l'équipe dirigeante de l'établissement. De fait, la communauté hospitalière de territoire, mise en œuvre trois ans auparavant, semblait passer au second plan. Toute l'attention des directeurs se tournait vers ce nouveau groupe d'une taille imposante, pour lequel un nom et un logo affichaient de réels signes d'appartenance pour les établissements ainsi regroupés. Ces faits nous interpellaient, les équipes de direction semblaient très investies dans cette nouvelle organisation. Une charte de la direction commune présentée dans chacun des conseils de surveillance était adoptée par chaque établissement rattaché à la direction commune.

Quels enjeux peuvent représenter une telle organisation pour chaque établissement ? En quoi ce mode d'organisation peut-il répondre aux besoins de coopération, qui sont devenus aujourd'hui indispensables sur un territoire de santé ? L'appartenance à un groupe hospitalier public peut-il permettre aux professionnels, qu'ils soient d'origine sanitaire ou médico-sociale, d'assurer leurs missions ? Ces interrogations se mêlent à un questionnement, quant aux rôles des différents acteurs impliqués dans cette nouvelle organisation, mais aussi par rapport aux stratégies déployées afin de faciliter l'adhésion des professionnels à ce nouveau mode de coopération.

Cette problématique nous intéresse particulièrement du fait de notre future posture de directeur des soins. Elle nous projette dans un avenir proche, qui conduira les membres des équipes de direction à impulser une dynamique de coopération.

Des enjeux majeurs s'imposent à nous, ils sont économiques, démographiques, qualitatifs ou répondent simplement à des attentes légitimes et citoyennes, l'accès à des soins de qualité et en toute sécurité. A ce niveau, la place du directeur des soins nous apparaît primordiale de par son rôle, en matière de déploiement d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, définie notamment dans le projet de soins¹. Ainsi, son implication et son investissement dans la mise en œuvre d'une direction commune, nous semblent, en effet essentiels au sein de cette organisation complexe imprégnée d'identités et de cultures singulières.

Par ailleurs, G. Calmes déclare que « *Quel que soit l'objectif poursuivi, la forme juridique retenue, la réussite d'une action de coopération passe d'abord par l'adhésion du personnel hospitalier dans son ensemble* »². Mais comment s'assurer de cette adhésion de la part d'acteurs appartenant à des horizons différents ? Est-il suffisant de prendre une décision institutionnelle pour voir se concrétiser une cohésion des professionnels de terrain et un réel sentiment d'appartenance ? La cohésion se définit en termes d'unité et de cohérence entre deux choses. Etymologiquement, nous retrouvons la notion « d'être attaché ensemble ». Nous retenons ainsi deux approches, d'une part la cohérence et d'autre part l'adhésion. La cohérence permet à chacun, d'avoir la perception de participer à un ensemble, un groupe, tout en se situant par rapport à sa place en particulier. La cohérence peut ainsi se construire à travers les filières de soins, ou des projets communs intégrant des dimensions transversales et partagées. Le professionnel doit de fait, pouvoir se situer, pointer son intérêt particulier dans un ensemble plus grand. Quant à l'adhésion, ce terme renvoie à une notion d'identité et de culture. C'est sans doute le sentiment d'appartenance à un groupe qui caractérise cette notion, mais aussi la solidarité dévolue à ce groupe.

De nouveau, nous nous interrogeons sur les moyens facilitant cette cohésion des acteurs. La politique institutionnelle, et plus particulièrement la politique de soins, impulsée par le directeur des soins, coordonnateur général des soins au sein d'un groupe hospitalier public sanitaire et médico-social, peut-elle favoriser cette adhésion ? Le management de l'encadrement mais aussi l'accompagnement sur le terrain peut aussi représenter un axe pertinent facilitant cette démarche. La cohésion représente, selon nous un processus lent s'inscrivant dans le temps ; Ce dernier comporte une phase préparatoire institutionnelle alliant deux notions, que sont l'opportunité et la temporalité. L'expérience des uns facilite alors l'adhésion des autres, la phase d'évaluation revêt alors un caractère essentiel.

¹MINISTRE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JO n° 0227 du 30 septembre 2010.

²CALMES G., SEGADE J.P., LEFRANC L., 1998, « *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité* ». Paris : Masson, p.81.

Des éléments complémentaires nous amènent à penser, que le mode contractuel définissant la direction commune, lié à une convention, confère une marge d'autonomie rassurante pour les acteurs, et notamment les membres d'une équipe de direction. La liberté de pouvoir renoncer à tout moment, à cette direction commune, représenterait un élément fondamental. C'est à travers cet acte volontaire d'adhésion à ce type de coopération, que les acteurs se retrouvent impliqués et investis. Cet engagement est décrit par Louche et Lanneau, qui mettent en évidence dans leurs travaux, que « *les effets à long terme de l'engagement librement consenti sont supérieurs à la stratégie de la persuasion* »³.

Cet engagement ne peut se dissocier du pouvoir stratégique des acteurs eux-mêmes au sein d'une organisation qualifiée par M. Crozier et E. Friedberg de « royaume des relations de pouvoir »⁴ et des négociations. L'organisation apparaît donc comme une construction collective, résultant de l'action stratégique des individus, qui prennent en compte leurs intérêts pour orienter leurs conduites. En effet, Crozier déclare que l'acteur adopte un comportement, qui « *a toujours deux aspects : un aspect offensif : la saisie d'opportunités en vue d'améliorer sa situation ; et un aspect défensif : le maintien et l'élargissement de sa marge de liberté* ».⁵ Cependant, au-delà des jeux des acteurs, nous devons nous arrêter sur la notion de coopération, que N. Alter associe à celle de « donner ». Ainsi, un acteur choisit de coopérer avec une personne, car il manifeste l'envie d'échanger avec elle. « *La dimension affective des échanges représente le support, l'étayage de la coopération professionnelle* »⁶. Selon l'auteur, « *coopérer suppose un effort supplémentaire* ». Alors que les procédures de coordination s'appuient sur des règles, les relations de coopération reposent sur la volonté même des acteurs, « *sur des sentiments – gratitude, sympathie, fierté ou complicité – qui procurent un plaisir recherché [...]. La coopération représente donc bien plus que la coordination, elle en est l'énergie et l'esprit* »⁷.

Les constats et les recherches bibliographiques nous ont permis de souligner la place primordiale occupée par les différents acteurs, lors de la mise en œuvre d'une direction commune, qu'ils soient dirigeants ou acteurs de terrain. Il s'agit d'apporter une réponse aux enjeux démographiques et financiers, dans un contexte contraint et concurrentiel. Un partage de compétences peut alors émerger d'une organisation en direction commune et répondre à des besoins de proximité territoriale. Mais, il est également primordial de

³ PLANE J.M., 2012, « *Théorie et management des organisations* ». Paris : Dunod, 3^{ème} édition, p.187.

⁴ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1992, « *L'acteur et le système* ». Paris : Editions du seuil, 3^{ème} édition, p. 45.

⁵ *Ibid.*, p.56.

⁶ ALTER N., 2010, « *Donner et prendre, la coopération en entreprise* ». Paris : La découverte, p.16.

⁷ *Ibid.*, p. 17.

susciter une envie de coopérer, de devenir acteurs dans les échanges sociaux, contribuant ainsi au développement d'une compétence collective au service de l'utilisateur. Nous notons qu'au-delà des incitations réglementaires, la réussite d'une coopération repose en majeure partie sur la volonté des acteurs à s'engager et à devenir les alliés au sein de ce type d'organisation. Force est de constater, que le rapprochement sanitaire et médico-social s'inscrit dans une approche systémique, celle-ci semble impliquer le déploiement de stratégies.

L'intérêt, que représentent les coopérations entre les secteurs sanitaire et médico-social, pour le maintien d'une offre de soins de qualité sur l'ensemble des territoires de santé me conduit à m'intéresser à la question suivante :

Quelles sont les stratégies adoptées par les équipes de direction pour faire adhérer les professionnels de structures et de cultures différentes à une direction commune ?

Cette question fondamentale soulève les sous-questions suivantes :

- Quels sont les freins et les leviers pour faciliter la mise en œuvre d'une direction commune ?
- Le directeur des soins représente-t-il un acteur clé dans la mise en œuvre d'une direction commune ?
- En quoi les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé de chaque établissement rattaché à la direction commune, représentent des collaborateurs essentiels, sur lesquels peut s'appuyer le directeur des soins ?
- En quoi les professionnels de terrain se sentent concernés par cette organisation en direction commune ?

Après avoir présenté dans une première partie, le contexte et l'approche conceptuelle illustrant ce travail de recherche, nous présentons les différentes structures impliquées dans cette direction commune. La deuxième partie intègre la méthodologie retenue ; Celle-ci est basée sur une analyse qualitative conduite à partir d'entretiens semi-directifs menés auprès des équipes dirigeantes et des professionnels de terrain. Les documents en lien avec la direction commune sont intégrés à la phase diagnostique. L'analyse se décline en différentes étapes selon une approche processus. Enfin, nous proposons dans une troisième partie de modéliser la construction d'une direction commune basée sur le principe de la délégation en y incluant nos préconisations.

1 La direction commune, un mode de coopération conventionnel rapprochant les secteurs sanitaire et médico-social

1.1 Du contexte historique des coopérations au développement des directions communes

1.1.1 Evolution des coopérations au cours des différentes réformes sanitaires et médico-sociales

A) De la loi hospitalière de 1970 à la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires de 2009

La loi Bouin du 31 décembre 1970⁸ instaure les premières formes de coopérations et fixe un cadre juridique aux actions de coopération par l'intermédiaire de convention ; Des syndicats interhospitaliers (SIH) et des groupements interhospitaliers sont alors introduits dans le champ de la santé. Ces derniers disparaissent avec la publication de la loi hospitalière de 1991⁹, dite loi « Evin », qui introduit les Groupements d'Intérêt Economique (GIE) et les Groupements d'Intérêt Public (GIP). Un rapprochement des secteurs public et privé est également impulsé à travers les conférences de secteur. Quant à l'ordonnance Juppé du 24 avril 1996¹⁰, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, elle est à l'origine d'une nouvelle modalité de coopération entre les établissements publics et privés : les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS). Puis, la loi du 27 juillet 1999¹¹ portant création de la couverture maladie universelle, introduit un autre moyen juridique de coopération : les Fédérations Médicales Interhospitalières (FMI). Une actualisation des SIH s'opère en parallèle. Trois années plus tard, une nouvelle forme juridique de coopération est adaptée pour le secteur médico-social par le biais de la loi du 2 janvier 2002¹², il s'agit du Groupement de Coopération Sociale et Médico-Social (GCSMS). Cet engouement pour les coopérations se poursuit avec la loi du 4 mars 2002¹³ sur les droits des malades et la qualité du système de santé, les dispositions sur

⁸ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal officiel, 3 janvier 1971.

⁹ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel, 2 août 1991.

¹⁰ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, 25 avril 1996.

¹¹ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle. Journal officiel, 28 juillet 1999.

¹² Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, 3 janvier 2002.

¹³ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel, 5 mars 2002.

les réseaux de santé et les règles des GCS évoluent alors. « *Le droit coopératif dans le monde de la santé est introduit* ». ¹⁴ Le GCS devient l'outil de coopération privilégié par l'ordonnance du 4 septembre 2003. Mais, la publication de la loi du 21 juillet 2009, dite loi « HPST », modifie largement le paysage de la coopération sanitaire. Les conférences de territoire sont supprimées, les communautés hospitalières de territoire (CHT) voient le jour. La législation des groupements de coopération sanitaire est clarifiée. Selon son intitulé du chapitre III du titre 1^{er}, la loi souhaite « favoriser les coopérations entre établissements ». Ainsi, à travers la loi « HPST », le législateur démontre sa volonté de placer le patient au cœur de la réforme, il porte un projet ambitieux, qui est de décloisonner les champs sanitaire et médico-social au service de la personne soignée et accueillie.

B) Deux modes de coopération : une dichotomie juridique qui perdure

Nous venons de le constater, les outils de coopération évoluent au gré des réformes hospitalières. Selon leurs missions respectives, les établissements sanitaires et médico-sociaux sont invités à participer à des actions de coopération contribuant à la recomposition de l'offre de soins et à l'efficience du système de santé. Pour autant, un cadre juridique s'applique et fait apparaître une dichotomie entre les deux types de coopération persistants aujourd'hui : la coopération organique qui aboutit à la création d'une structure juridique dotée d'une personnalité morale et la coopération plus souple, dite « fonctionnelle ».

Concernant la structure organique de coopération, si elle présente des contraintes administratives inhérentes à sa gestion, elle bénéficie d'un budget propre, d'un patrimoine et peut procéder au recrutement de son personnel. Les GCS de moyens, les GCS-établissements de soins, mais aussi les GCSMS entrent dans ce type de coopération.

Le second mode de coopération dit « fonctionnel » repose sur la signature d'un contrat *intuitu personae*, engageant les différentes parties, qui l'ont adopté. Basé sur le volontariat, il offre aux parties une liberté dans la rédaction des clauses de la convention. Les outils de coopération fonctionnelle les plus fréquents sont entre autres : la CHT, le réseau de santé, la convention de coopération et la fédération médicale interhospitalière.

C) La direction commune, un mode de coopération fonctionnel

Alors que les « GCS établissements de santé » et les CHT sont explicitement décrits dans la loi dite « HPST », la direction commune n'apparaît pas en tant que telle. Il s'agit toutefois d'un mode de coopération fonctionnel, qui s'appuie sur une convention établie

¹⁴ « *Guide méthodologique des coopérations territoriales* », volume 2, janvier 2011, ANAP, p. 11.

entre plusieurs établissements. Il n'est d'ailleurs pas rare de constater qu'une direction commune cohabite avec une CHT sur un même territoire.

« *La loi prévoit que la CHT a pour objet de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements publics de santé.* »¹⁵ De plus, le décret du 30 avril 2010 définit les dispositions qui s'appliquent aux CHT¹⁶. A contrario, s'agissant des directions communes, la loi ne prévoit rien. Pour autant, elles prennent forme sur le terrain, elles se construisent et se développent.

Favoriseraient-elles pour autant un réel rapprochement des deux secteurs, sanitaire et médico-social ?

1.1.2 De la scission au rapprochement des secteurs sanitaire et du médico-social

A) La scission de ces deux secteurs

C'est dans le milieu des années 70, avec la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, qu'est survenue la séparation du sanitaire et du médico-social. La notion d'institutions sociales et médico-sociales apparaît et devient indépendante du secteur hospitalier. Les compétences sont alors partagées à tous les niveaux, que ce soient la création, la transformation ou la suppression des établissements, ainsi que le système de tarification. Les compétences de l'Etat se limitent au monde sanitaire, alors que celles du Conseil général sont circonscrites au domaine social. Ces deux modes de financement distincts ont permis dans un premier temps de développer les capacités d'accueil des personnes âgées et « *d'accroître considérablement l'offre d'hébergement en quantité mais aussi de qualité* »¹⁷.

Cette séparation entraîne un cloisonnement, qui entrave la coordination des modes de prise en charge et des difficultés importantes concernant le transfert des personnes âgées hospitalisées et devant être accueillies dans une institution médico-sociale. En parallèle, chaque secteur se construit avec des missions clairement définies, celles de prodiguer des soins pour les uns, et celles d'accueillir et d'héberger des personnes âgées pour les autres.

¹⁵ « *Guide méthodologique des coopérations territoriales* », volume 2, janvier 2011, ANAP, p. 7.

¹⁶ Décret n°2010-438 du 30 avril 2010, portant diverses dispositions relatives aux communautés hospitalières de territoire.

¹⁷ DUPON M., BERGOIGNAN-ESPER C., PAIRE C., 2011, « *Droit hospitalier* ». Paris : Cours Dallos, 8^{ème} Edition, p. 115.

B) Une opposition dans la construction des identités et des cultures singulières

Afin de mieux comprendre ce qui oppose les cultures et identités du secteur sanitaire et du médico-social, attardons-nous un peu sur la construction de celles-ci. S'appuyant sur les travaux de R. Sainsaulieu, un sociologue reconnu pour ses recherches sur l'identité au travail, S. Landrieux-Kartochian déclare que « *la culture est un construit social, qui dépend de la situation de travail* »¹⁸. Le travail en commun conduit les professionnels à élaborer des règles, à partager des pratiques et des valeurs, « *qui sont communément admises pour gérer leurs relations de solidarité, d'entraide, de complémentarité technique, de dépendance [...]. Ces sociabilités collectives sont intériorisées sous forme de culture.* »¹⁹ Ainsi, nous comprenons que les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social construisent à travers leur travail quotidien une identité et une culture collective propre à leur secteur d'activité – « *Il existe des identités collectives car les individus partagent une même logique d'acteurs* ». ²⁰ Cette logique d'acteurs est bien différente. Pour les uns, il s'agit d'accompagner des personnes dans l'accomplissement des gestes du quotidien, selon un projet de vie personnalisé, qui s'inscrit dans le temps. Pour les autres, les acteurs hospitaliers, le rythme s'accélère, le mode de tarification influence considérablement la durée des hospitalisations de plus en plus courte, avec un niveau de technicité, qui l'emporte très souvent sur l'humanisation de la prise en charge. Tout oppose ces deux secteurs, la notion de vivre et de finir sa vie à celle de soigner et de guérir : le prestige de l'hôpital, haut lieu de la technicité et de l'innovation au « monde de la gériatrie », trop souvent dévalorisé aux yeux des professionnels, qui pour certains fuient ce secteur d'activité.

Pour autant, devant un vieillissement certain de la population, une augmentation des maladies chroniques et des difficultés en matière de démographie médicale accentuées dans certains territoires de santé, les pouvoirs publics essaient depuis plusieurs années de planifier et d'organiser l'offre de soins. Les parcours de soins et les filières de soins sont plébiscités, leur mise en œuvre conduit l'hôpital à s'ouvrir vers l'extérieur, vers les autres établissements et les services sociaux et médico-sociaux. La tâche ne semble pas simple devant l'étanchéité des cultures professionnelles propres à chaque secteur.

Existent-ils néanmoins des stratégies d'ouverture et de coopération ?

¹⁸ LANDRIEUX-KARTOCHIAN S., 2013, « *Théorie des organisations* ». Paris : Galino éditeur, Lextenso éditions, p. 150.

¹⁹ *Ibid.*, p. 150.

²⁰ *Ibid.*, p. 149.

C) Vers une nouvelle coopération de ces deux secteurs, face à une incitation réglementaire nouvelle

Dès 1998, lors d'un conseil économique et social, Bernard Kouchner alors ministre de la santé, annonçait ²¹que « ces deux secteurs, qui n'étaient qu'un [l'hôpital-hospice] en d'autres temps ont mené leur vie chacun de leur côté depuis quelques décennies. Cette période aura permis des progrès décisifs de la qualité des services offerts aux personnes et dans le respect de leur dignité. Maintenant que leurs personnalités sont affirmées, il est sans doute temps que ces deux secteurs reprennent contact et regardent ce qu'ils peuvent apporter l'un à l'autre ». La loi HPST donne le ton, le secteur médico-social se trouve directement impacté par le principe de décloisonnement des acteurs de santé. A travers un maillage territorial, il doit nouer des liens avec des nouveaux partenaires, qu'ils soient libéraux, qu'ils appartiennent à des réseaux de santé, ou qu'ils appartiennent au secteur sanitaire. Puis en 2013, le rapport Couty²² invite les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) à « développer une stratégie d'ouverture, de coopération et de prendre une posture de coordonnateur, de facilitateur, d'être le cœur qui irrigue les territoires sous sa responsabilité ». C'est sans compter sur une actualité plus récente avec le rapport de B. Devictor remis à la Ministre de la Santé, Marisol Touraine, le 24 avril dernier. Cette dernière déclare : "Il faut impulser un vrai changement culturel, une réelle modification des pratiques, qui conduisent les professionnels à travailler non plus individuellement mais en coopération", déclare-t-elle ; Ceci "dans le partage de valeurs communes, dans une approche soucieuse d'apporter (...) des réponses adaptées [sur les territoires] de proximité, dans une dynamique de qualité toujours croissante »²³.

La coopération est de nouveau soulignée dans les orientations de la prochaine loi de santé présentées en juin par la ministre, qui déclarait : « Ce sera une réforme durable, qui installera le parcours dans notre système de santé, c'est-à-dire une prise en charge dans la proximité et la continuité ». La notion de proximité dénote de l'importance du territoire de vie des populations. Par ailleurs, chaque établissement de santé aura l'obligation d'intégrer un groupe hospitalier de territoire (GHT).

Les coopérations restent toujours d'actualité. Mais quelle place occuperont alors les directions communes ?

²¹ L.ROCHE F./dir., BOUCHER R., MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, « Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social », rapport du 20 septembre 2007.

²² COUTY E., 2013, « Le pacte de confiance pour la santé ».

²³ DEVICTOR B., 2014, « Le service public territorial de santé (SPTS), le service public hospitalier (SPH) Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé ».

1.1.3 La direction commune, une organisation contractuelle répondant à des enjeux multifactoriels

A) Un cadre réglementaire limité

Comme nous l'avons précisé précédemment, la direction commune relève d'une coopération dite fonctionnelle. Elle repose donc entièrement sur une convention établie entre deux ou plusieurs établissements sanitaires et/ou médico-sociaux. Aux termes de l'article 1134 du Code civil, « *les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites. Elles ne peuvent être révoquées que de leur consentement mutuel, ou pour les causes que la loi autorise. Elles doivent être exécutées de bonne foi.* Ainsi la convention répond à l'adage juridique selon lequel « *le contrat est la loi des parties* ».

Par ailleurs, la direction commune est évoquée quant aux dispositions statutaires des personnels de direction à travers les décrets de 2005 et 2007 modifiés par celui du 10 juillet 2013²⁴. Outre quelques éléments concernant le fonctionnement d'une direction commune, ces textes abordent essentiellement les aspects liés aux modalités de nomination et d'indemnisation des directeurs. En revanche, une procédure éditée en 2011 par le centre national de gestion (CNG) décrit les modalités de création, d'extension et de dénonciation d'une direction commune. Ainsi, la mise en place d'une direction commune se fait à l'appui de divers documents transmis à l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou à la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) si la direction commune ne concerne que des EHPAD. Un contrôle est alors réalisé sur les documents suivants :

- La convention de direction commune datée et signée par le ou les directeurs des différents établissements,
- Les délibérations identiques des conseils d'administration et/ou de surveillance et/ou assemblées délibérantes de chaque établissement,
- Un organigramme de l'équipe de direction commune.

Le directeur général de l'ARS émet ensuite un avis concernant la nomination du directeur de la direction commune, ce dernier ayant recueilli préalablement celui des présidents des conseils de surveillance ou d'administration de chacun des établissements. Ce dossier complet donne lieu à la publication d'un arrêté par le directeur général du CNG, qui nomme le directeur et les directeurs adjoints de l'équipe de direction de la direction commune. Quant à l'extension d'une direction commune, elle impose soit un avenant à la convention, soit une nouvelle convention.

²⁴Décret n°2013-609 du 10 juillet 2013 modifiant le décret n°2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et le décret n°2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière.

La direction commune ainsi constituée permet à chaque structure de conserver une autonomie juridique et financière, puisqu'aucune personnalité morale n'est créée, il n'y a donc pas de capital social. Chaque établissement garde respectivement son conseil d'administration ou de surveillance. Cette convention de coopération peut être à durée déterminée ou indéterminée selon la volonté des parties. Ces points font toute la différence par rapport aux conséquences d'une fusion entre deux établissements, qui ne conservent plus qu'un seul conseil de surveillance avec la gestion d'un budget unique. Concernant les directions communes, les partenaires restent libres d'en organiser la mise en œuvre. Cette marge de manœuvre entrevue par les équipes dirigeantes peut-elle expliquer en partie le développement croissant de ce nouveau mode de coopération au cours de ces dernières années ? La répartition des emplois fonctionnels des établissements publics de santé²⁵ publiée par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé début 2014, dénombre près de cent dix directions communes sur le territoire, la majorité regroupant trois établissements. Afin d'expliquer cet engouement récent pour ce mode de coopération, il nous semble opportun de nous intéresser aux enjeux, qui conduisent les équipes de direction à s'engager dans ce type de contrat.

B) Des enjeux multifactoriels au service de l'utilisateur

Dans un premier temps, nous ne pouvons pas ignorer les problèmes démographiques prégnants sur certains territoires de santé, concernant le personnel médical, voire certaines professions paramédicales. Certains territoires ruraux et même semi-ruraux souffrent d'une rareté des ressources et d'un déficit crucial en compétences médicales spécialisées. Or, l'égal accès aux soins de qualité, auquel tout citoyen français peut prétendre, nécessite d'améliorer le maillage territorial de l'offre de santé. La coopération représente une réponse politique, qui doit néanmoins s'organiser et se mettre en œuvre sur le territoire. La recomposition de l'offre hospitalière est en marche depuis quelques années, les coopérations, les fusions, les regroupements d'activité apporteront une solution au maintien d'une offre de soins plus performante. Pour autant, cette politique visant à rationaliser des installations peut conduire à la fermeture de petites structures se heurtant de fait, à la politique de maintien de services publics de proximité. Cette confrontation d'approches se matérialise par une résistance des élus locaux, des personnels, mais aussi des usagers eux-mêmes attachés à leurs structures sanitaires de proximité. La direction commune permettant une coopération mais aussi une coordination des établissements rattachés, peut-elle représenter un atout devant cet enjeu démographique et territorial, chacun assumant des missions définies dans une organisation coordonnée ?

²⁵Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, décembre 2013, « Répartition des emplois fonctionnels de directeur général adjoint de centre hospitalier régional ».

Ce constat nous conduit à explorer les enjeux économiques et concurrentiels, auxquels doivent faire face les établissements de santé. La maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, l'encadrement strict des moyens alloués aux établissements, sont autant d'éléments qui conduisent les structures à se rapprocher, à mutualiser leurs ressources. La coopération devient alors synonyme de « survie » pour des structures de petite taille, qui ne peuvent faire face aux exigences réglementaires, en restant repliées sur elles-mêmes. Ce concept de regroupement, le secteur privé l'applique depuis de nombreuses années, la mutualisation de moyens permettant une économie d'échelle. Il s'agit de se regrouper pour être plus fort face à la concurrence et de fait, organiser de véritables filières de soins. En effet, l'enjeu des coopérations est indéniablement à recentrer sur l'utilisateur lui-même, sur ses besoins, sur ses attentes : un parcours de soins coordonné, des filières de soins optimisées, des soins de qualité, une réponse de proximité mais en toute sécurité.

La qualité des soins ne peut faire l'économie d'une phase d'évaluation, à laquelle les établissements doivent répondre, s'agissant de la certification délivrée par la Haute Autorité en Santé (HAS) dans le secteur sanitaire, ou de l'évaluation externe s'adressant au secteur médico-social. Quel que soit le secteur d'activité, des exigences en matière de sécurité s'imposent. Des compétences spécifiques peuvent en découler, si nous nous intéressons à la sécurité du système d'information ou encore du circuit du médicament. Ces quelques exemples sont significatifs quant à l'intérêt de mutualiser des moyens et des compétences, ce qui s'avère indispensable pour des structures parfois isolées, comme peuvent l'être certains EHPAD. Des enjeux organisationnels s'imposent pour apporter une réponse efficiente aux besoins de santé de la population, dont les exigences en termes de qualité se sont légitimement accrues ces dernières années.

Enfin, un enjeu primordial demeure, le partage d'expériences, apprendre de l'autre, échanger sur des compétences, qui nous sont propres. Les expériences, les compétences en gériatrie ne peuvent-elles pas être transférées dans d'autres secteurs ?

Travailler ensemble représente un enjeu majeur en termes de responsabilité collective garantissant ainsi un égal accès à des soins de qualité. Pour autant, il nous apparaît essentiel d'étudier les stratégies déployées par les équipes dirigeantes pour conduire les professionnels à coopérer, en apportant chacun son expertise respective, mise au service de l'utilisateur.

1.2 Des stratégies développées favorisant la cohésion des professionnels

La coopération ainsi initiée conduit les professionnels à travailler ensemble, peuvent-ils pour autant avoir le sentiment d'appartenir à cet ensemble ainsi constitué, tout en conservant leur place singulière dans leur propre établissement ? La cohésion des professionnels, cette notion évoque en nous une construction sociale longue et fastidieuse, un édifice fragile nécessitant la contribution de tous, des dirigeants, des encadrants, jusqu'aux agents eux-mêmes.

1.2.1 De l'autonomie des structures à la construction d'une identité collective

A) Une autonomie affichée, une responsabilisation attendue

Si nous nous intéressons à l'étymologie du terme « autonomie », nous notons que la racine grecque « auto », c'est-à-dire soi-même, lui-même, et « nomos » signifiant « loi » se traduit par « qui se régit par ses propres lois ». Ainsi un système se donne à lui-même ses propres normes et ses règles, qu'il produit et qu'il respecte.

La convention conclue entre deux ou plusieurs parties permet-elle à elle seule de définir les règles d'une coopération établie entre plusieurs établissements ? La convention garantit l'autonomie juridique et financière de chaque partie. Mais, qu'en est-il de l'autonomie de chaque structure rattachée à une direction commune ?

Selon Edgard Morin, l'autonomie n'est pas synonyme d'indépendance. En effet « *un système ouvert est un système qui peut nourrir son autonomie mais à travers la dépendance à l'égard du milieu extérieur* »²⁶. Il ajoute que « *plus un système développera sa complexité, plus il pourra développer son autonomie, plus il aura de dépendances multiples* » avec son environnement. Nous percevons la relative autonomie des différentes structures rattachées à une direction commune, l'autonomie juridique et financière affichée d'un établissement n'exclut en rien ses nombreuses dépendances avec l'environnement et les autres structures.

Deux notions sont souvent associées à l'autonomie, la liberté et la responsabilité. Concernant la liberté, E. Morin déclare qu'elle s'exprime à travers ses possibilités permettant de se défaire de ces différents liens de dépendance pour parfois en créer d'autres. Renoncer à un contrat, dénoncer une convention, matérialise dans notre recherche cette liberté d'agir. Quant à la responsabilité, l'autonomie y est très souvent

²⁶ MORIN. E., 1981, « *Peut-on concevoir une science de l'autonomie ?* ». Cahiers de sociologie, Vol. LXXI, p. 257-267.

associée dans le cadre du travail : « *l'autonomie et la responsabilité sont indissociables car l'autonomie repose fondamentalement sur un acte de responsabilisation et d'identification, lequel valide en même temps le principe de l'autonomie* »²⁷. L'autonomie, la marge de liberté, la responsabilisation contribuent de fait à l'implication des acteurs dans un travail collectif et coopératif.

B) De l'action collective à la construction d'une identité collective

P. Bernoux nous dit que ce qui permet « *l'action collective [...] c'est l'intégration de l'individu à une communauté [...] une place dans un ensemble social et dans un réseau d'échanges et surtout la participation à des convictions et à des valeurs communes* »²⁸. Son sentiment d'appartenance à ce groupe conduit les acteurs à s'impliquer dans une activité de partage et d'échanges. Selon N. Alter, cette action collective, entraîne la construction de liens sociaux coopératifs. Il précise que « *la nature de ce lien constitue le ferment d'une identité que les sociologues nomment « collectif de travail », c'est-à-dire un être suffisamment cohésif pour produire une culture spécifique et congruente* »²⁹. S'agissant de la culture, R. Sainsaulieu la décrit comme un « *construit social* », « *qui n'est donc pas figé dans le temps, les individus peuvent faire évoluer leur système de représentation dans le temps* »³⁰. Ainsi, de ces interactions naissent des identités collectives dès lors que « *les individus ont en commun une même logique d'acteurs* »³¹. Cette notion de culture nous questionne, existe-t-il une ou plusieurs cultures au sein d'une entreprise ? Les nouvelles approches conceptuelles valident la coexistence de cultures différentes au sein d'une même organisation. Celles-ci émergent au travers des interactions ; Le partage explicite ou implicite de valeurs permet aux membres d'une organisation de créer une culture commune. Le changement de culture est alors lié aux nombreuses influences, qu'elles soient externes ou internes à l'organisation. Mais, parvenir à ce collectif de travail implique une coopération des acteurs, qui ne peut se soustraire d'une coordination efficiente.

²⁷ EVERAERE C., 2001, « *L'autonomie dans le travail : portée et limites* ». Revue française de gestion, n°134, p. 15-26 ;

²⁸ BERNOUX P., 2005, « *Sociologie des organisations* ». Paris : éditions du Seuil, p. 198.

²⁹ ALTER N., 2010, « *Donner et prendre, la coopération en entreprise* ». Paris : éditions la découverte, p. 132.

³⁰ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1992, « *L'acteur et le système* ». Paris : Editions du seuil, 3^{ème} édition, p. 52.

³¹ SAINSAULIEU R., 1993, « *L'identité au travail* ». Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, p. 303.

1.2.2 De la coordination à la mise en œuvre de la coopération

A) Les cadres, acteurs du changement et de la coopération

Les procédures de coordination représentent un enjeu pour les organisations complexes, N. Alter considère qu'elles en sont l'architecture³², qu'elles sont nécessaires afin de garantir le contrôle des processus de production. En 1992, Strauss définit la coordination comme un travail d'articulation, une notion reprise par P. Bourret en 2006, il considère alors que ce travail repose sur les cadres de proximité. « *Ils (les cadres) assurent un travail de coordination comportant en fait peu de travail technique. En revanche, [...] ils assurent un travail de mise en cohérence du travail des personnels, qu'ils encadrent. Manager, diriger, encadrer sont des activités, qui consistent à faire travailler ensemble et à donner du sens aux engagements de chacun* »³³. Par sa position, le cadre se situe au plus proche du terrain, il fait le lien entre la direction et le personnel. Il est le premier relais de la direction et devient de fait un vecteur d'informations. Ainsi le personnel d'encadrement est l'acteur essentiel, qui permet d'assurer une communication descendante et ascendante. Il transmet les règles institutionnelles et s'assure de la mise en œuvre des procédures. Mais, avant même d'être un acteur de la coordination, n'est-il pas également un acteur de la coopération dans une organisation telle qu'une direction commune ? En effet, les cadres représentent le niveau intermédiaire de la mise en œuvre des coopérations. Ainsi, impliqués dans des travaux fédérateurs, ils deviennent les promoteurs de ce travail collectif auprès de leurs équipes respectives. Ils sont ainsi à même de démontrer l'intérêt de ces projets communautaires. Le partage d'expériences, les échanges de pratiques sont autant de pistes pour développer un « réseau professionnel », une coopération entre acteurs, qu'ils appartiennent au secteur sanitaire ou au secteur médico-social.

Si nous percevons un certain intérêt pour les cadres à développer de la coopération, il nous apparaît essentiel de pointer le rôle du directeur des soins, coordonnateur général des soins sur l'ensemble des structures de la direction commune.

B) Le directeur des soins, acteur de la coordination

Nul ne peut ignorer la plus value d'une coordination efficiente. De par les missions qui lui sont confiées, le directeur des soins, membre de l'équipe dirigeante, occupe une place essentielle au sein d'une direction commune, en sa qualité de coordonnateur général des soins. Les activités relevant de son champ de compétences propres, définies dans son

³² ALTER N. « *Donner et prendre, la coopération en entreprise* », *op.cit.* p.17.

³³ BOURRET P., 2006, « *Les cadres de santé à l'hôpital* ». Paris : éditions Seli Arslan, p, 52.

référentiel métier³⁴, intègrent le management de l'équipe d'encadrement repris en ces termes : le directeur des soins «*anime et coordonne les activités des cadres soignants*». Il est également précisé qu' «*il s'assure du respect des réglementations et des bonnes pratiques en matière d'organisation des soins* ». Nous percevons le rôle du directeur des soins, qui via son expertise du terrain et du travail collaboratif exercé auprès des directeurs d'établissements, évolue en toute légitimité au sein d'une telle organisation. M.A. Bloch et L. Hénaut qualifient le directeur des soins de «*champion organisationnel*³⁵ » du fait de son implication dans la conception et la mise en œuvre des «*stratégies d'ouverture et de coopération* ».

De plus, le directeur des soins, coordonnateur général des soins (DS-CGS) impulse une politique des soins, qu'il décline à travers un projet de soins infirmier, de rééducation et médico-technique. Le pilotage de ce dernier n'exclut en rien l'implication large et précoce des équipes d'encadrement des différentes structures. De plus, l'expertise du directeur des soins en matière d'organisation et de coordination représente sans aucun doute une plus value pour la mise en œuvre de filières des soins.

C) Des projets fédérateurs, des valeurs partagées, de véritables passerelles favorisant l'adhésion des acteurs

«*Dans l'activité de partage, les individus construisent en effet des liens sociaux, coopératifs et sympathiques*³⁶», nous dit N. Alter. Selon l'auteur, «*ces liens permettent de faire circuler des informations, des connaissances techniques et politiques, des formes de reconnaissance et de réputation, des mécanismes de solidarité ou d'exclusion* »³⁷. Ainsi, nous percevons toute l'importance des échanges, du partage de connaissances entre les acteurs, qu'ils soient cadres ou professionnels de terrain.

Mais alors, comment favoriser ces temps de partage ? Les réunions institutionnelles sont sans doute des lieux d'informations et d'échanges incontestables. Pour autant, la présence à une réunion ne prévaut pas de l'engagement des participants. A ce niveau, Il nous apparait essentiel de multiplier ces lieux de rencontre autour d'intérêts partagés. Des projets fédérateurs doivent ainsi être initiés, chacun en percevant tout l'intérêt, notamment pour sa propre organisation et devenant acteurs du changement. Une étape doit aussi être prise en compte, la communication autour des travaux menés. L'intérêt

³⁴MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2010, Référentiels métier des directeurs des soins. Rennes : Presse de l'EHESP.

³⁵BLOCH M.A., HENAUT L., 2014, «*Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* ». PARIS : Dunod, p.254.

³⁶ALTER N., «*Donner et prendre, la coopération en entreprise* », *op.cit.* p. 132.

³⁷*Ibid.*, p. 221.

majeur est de montrer la progression du projet et les résultats obtenus, mais aussi de valoriser le travail collectif réalisé.

Par ailleurs, évoquant l'expérience du changement, N. Alter déclare qu'il « *permet ainsi aux uns et aux autres de se représenter le monde et leur capacité d'action de manière plus ouverte*³⁸ » ; Ce qui se traduit « *par une volonté d'intégration active dans l'univers d'appartenance ainsi que par la remise en question de valeurs fondant les engagements professionnels et organisationnels antérieurs*³⁹ ». Ainsi, l'expérience des uns représente un modèle pour les autres. Ces derniers se projettent plus volontiers dans ce changement d'organisation. Nous sommes devant une construction, un processus qui s'inscrit dans le temps.

La temporalité est une notion, qui occupe une place considérable dans la régulation sociale. Il faut laisser du temps au temps disent certains, un temps nécessaire à l'appropriation. La temporalité est parfois mise en rapport avec celle du pouvoir des dirigeants, qui sont particulièrement avantagés. Ils ont en effet la possibilité de définir les calendriers. Ainsi, selon N. Alter, « *conduire les transformations, c'est savoir « gérer la durée » par un pilotage continu*⁴⁰ ». L'auteur considère que la maîtrise du temps en matière de durée représente une ressource pour les acteurs, qui sont « *en situation de responsabilité et qui ont de véritables capacités décisionnelles* ». Choisir le bon moment pour lancer un projet s'avère donc être incontournable.

Mais, choisir le bon acteur pour le piloter et/ou le coordonner n'est-il pas aussi indispensable ?

1.2.3 De la coopération à l'adhésion, une question de confiance et de sens

A) Coopérer, une relation de confiance à construire

Philippe Bernoux nous dit que « *les changements dans les entreprises et organisations se situent à la jonction entre les contraintes et l'acceptation de ces contraintes* »⁴¹. Selon lui, le changement dépend des acteurs et de leur capacité à se mobiliser pour voir se réaliser les ajustements représentant les conditions de la coopération et des transformations. Ainsi, quelle que soit son origine liée à l'implantation de nouvelles technologies ou imposée par la hiérarchie, le changement représente « *un apprentissage de nouvelles*

³⁸ ALTER. N. « *Donner et prendre, la coopération en entreprise* », *op.cit* p 112

³⁹ *Ibid.*, p. 112.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 330.

⁴¹ BERNOUX P., 2010, « *Sociologie du changement dans les entreprises et les nouvelles organisations* ». Paris : Editions du seuil, 2^{ème} édition, p. 9.

manières de faire, de nouvelles règles »⁴². Celles-ci entraînent inévitablement une transformation des relations aux autres. Le changement s'observe alors dans l'évolution du jeu des acteurs et de leurs relations, mais aussi dans leurs interactions. Il s'agit pour eux d'harmoniser leurs pratiques, d'adopter des outils communs et de coopérer selon un projet partagé.

Selon N. Alter, « à la différence des procédures de coordination fixées par le règlement, les pratiques d'échange social reposent sur cette dimension affective [...]. On choisit de coopérer avec telle personne parce qu'on a envi d'échanger avec elle »⁴³. Cette liberté d'engagement des acteurs invite celui qui a reçu à donner à son tour. Ainsi, selon le triptyque évoqué par l'auteur « donner, recevoir et rendre », ces échanges inscrivent la relation dans la durée et la confiance. « Reconnaître le geste de l'autre comme don traduit une étroite communauté de points de vue et de valeurs, ainsi que le souhait de continuer à entretenir des relations de ce type. C'est aussi accepter de coopérer sur le registre de la confiance »⁴⁴.

La confiance invite aux échanges et à la coopération. N. Alter aborde trois perspectives théoriques de la confiance, tout d'abord, « la confiance calculée », définie comme « le résultat d'un choix opportuniste ». Puis, il évoque « la confiance fondée sur la connaissance » pour s'intéresser en dernier lieu à la « confiance interpersonnelle », reposant « sur l'existence de normes et de valeurs communes réduisant le risque de défection par rapport à l'engagement collectif »⁴⁵. Cette dernière approche illustre la relation de confiance attendue dans une démarche de coopération. Enfin, il précise également, que « les échanges sont enchâssés dans des normes relationnelles basées sur la confiance dans l'engagement réciproque et la capacité à participer à l'action collective en y apportant ses ressources »⁴⁶. Mais, si l'engagement se révèle être important, le fait d'échanger avec l'autre pour « en tirer au bout du compte, satisfaction »⁴⁷ apparaît aussi essentiel. Ainsi, la coopération repose sur une relation de confiance aboutissant à un engagement réciproque et à une satisfaction mutuelle. Ne négligeons pas ainsi, les échanges et les liens construits : « on coopère parce qu'on se sent lié ou qu'on veut se lier, on refuse de coopérer pour les raisons opposées »⁴⁸.

⁴² BERNOUX P., « Sociologie du changement dans les entreprises et les nouvelles organisations », *op.cit.*, p. 11.

⁴³ ALTER N., « Donner et prendre, la coopération en entreprise », *op.cit.*, p. 27.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 40.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 64.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 74.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 83.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 221.

B) Donner du sens au changement, une nécessité pour l'adhésion des acteurs

« Le changement résulte d'une combinaison, toujours instable et contingente de trois racines : l'environnement, les institutions, les acteurs » déclare P. Bernoux ⁴⁹. Ce dernier nous explique que la notion de racine, qui représente en soi la stabilité, n'est pas pour autant en contradiction avec le changement associé au mouvement. Cette image d'enracinement signifie que le changement puise son origine dans l'histoire et le passé et qu'il est modelé par différents éléments ayant une logique propre et une temporalité. Connaître « les fondations du changement » contribue à la réussite de celui-ci. S'opérant dans les organisations, l'auteur le qualifie de processus, qui évolue sans cesse et s'inscrit dans la durée. Nous comprenons l'importance d'accompagner le changement et de lui donner un sens, car « c'est en fonction du sens donné au changement que les salariés acceptent de s'engager »⁵⁰. Ainsi, il doit être légitimement accepté. « Aucun changement ne peut avoir lieu si les acteurs qui le mettent en œuvre ne lui donnent un sens »⁵¹. Selon N. Alter, « le déficit de sens dans le présent entraîne des difficultés pour les individus à se projeter dans l'avenir et peut même se manifester par un attachement pathologique au passé »⁵². Lorsqu'il évoque le sens du changement, l'auteur déclare qu'il n'est pas indépendant des sens, en matière de partage d'émotion « qui fonde la capacité collective à s'engager dans une nouvelle organisation »⁵³. Ainsi, le sens donné à de nouvelles règles établies par la direction pour harmoniser des pratiques par exemple, nécessite une explicitation, un accompagnement, afin que les acteurs se les approprient et de fait, les mettent en œuvre.

Cependant, en matière de changement, nous ne pouvons pas faire l'impasse sur l'analyse stratégique de Crozier, qui met l'accent sur « *la marge de liberté et de négociation des acteurs* »⁵⁴. En effet, ces derniers poursuivent leurs objectifs et ne s'adaptent pas passivement aux circonstances et aux nouvelles règles édictées. Leur stratégie est de tirer un gain de leur participation dans cette nouvelle organisation. La marge d'autonomie des acteurs dépend alors des zones d'incertitude laissées par l'organisation, que ce soit par rapport à la maîtrise d'une compétence particulière, la maîtrise de la communication et des informations ou, celle de l'existence de règles organisationnelles générales.

⁴⁹ BERNOUX P., 2005, « *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations* ». Paris : éditions du Seuil, p 339.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 338.

⁵¹ *Ibid.*, p. 191.

⁵² ALTER N., « *Donner et prendre, la coopération en entreprise* », *op.cit.*, p. 201.

⁵³ *Ibid.*, p. 200.

⁵⁴ CROZIER M., FRIEDBERG E., « *L'acteur et le système* », *op.cit.*, p. 43.

Cette première partie nous permet de souligner la place et l'intérêt d'une direction commune au cœur des dispositifs de coopération. Les dirigeants l'ont bien compris, le rapprochement des structures devient désormais incontournable, pour les établissements, pour les professionnels et surtout pour les usagers. Pour autant, la manière de faire ne doit pas être sous-estimée, elle repose sur une stratégie aussi bien individuelle que collective. Converger vers des valeurs communes semble exiger du temps. Une approche relationnelle basée sur la confiance peut également être attendue ainsi qu'une marge d'autonomie responsabilisant les acteurs.

Ainsi, à ce stade de la réflexion, notre questionnement initial concernant l'impact des stratégies adoptées par les équipes de direction sur le niveau de cohésion des professionnels appartenant aux différents établissements, reste inchangé. Cependant, le niveau d'adhésion des professionnels de terrain à cette direction commune peut s'avérer être plus difficile à mesurer, notamment par rapport au degré d'avancement du processus.

Nous souhaitons poursuivre notre analyse autour des axes de travail définis en amont. Notre recherche s'intéresse particulièrement aux stratégies développées, aux freins et leviers identifiés, ainsi qu'aux difficultés rencontrées lors de la construction d'une direction commune regroupant huit établissements d'origine sanitaire et médico-sociale.

2 La direction commune : une étude réalisée au sein d'un groupe hospitalier sanitaire et médico-social

2.1 Le champ de l'étude : un groupe hospitalier public sanitaire et médico-social

2.1.1 L'environnement territorial de ce groupe hospitalier

Cette étude s'est déroulée au sein d'une direction commune se situant dans une zone géographique semi-rurale.

La population de ce territoire de santé est particulièrement vieillissante. Les personnes de plus de 60 ans représentent 30,7% de la population du département, leur nombre est de 24,5% au niveau de la région de référence, et de 23,5% sur le territoire national. La pénurie médicale se révèle être une autre caractéristique majeure de ce territoire de santé. Cet état de fait se manifeste par des difficultés importantes en termes d'attractivité et de recrutement des professionnels médicaux et paramédicaux. Il a conduit à réorganiser l'offre de soins pour répondre aux exigences en matière d'accès aux soins.

2.1.2 L'offre de soins territoriale

Depuis le début des années 2000, l'organisation sanitaire est fortement restructurée au sein de ce territoire. Aujourd'hui, l'offre de soins départementale en secteur médecine, chirurgie et obstétrique (M.C.O) est répartie entre trois établissements de santé publique et une clinique installée dans la ville préfecture. De plus, la rareté des moyens, des difficultés de recrutement mais aussi des problématiques d'ordre budgétaire rencontrées par une structure, ont conduit à la mise en œuvre d'une direction commune, un rattachement volontaire pour certains, une injonction de l'ARS pour d'autres. Le CH de référence sur le département représente l'établissement siège du groupe hospitalier public sanitaire et médico-social, qui comporte aujourd'hui 4 établissements sanitaires et 4 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Suite à cette direction commune initiée début 2010 et qui s'est développée jusqu'en juin 2014, une communauté hospitalière de territoire (CHT) a été créée fin 2011.

2.1.3 La répartition géographique des établissements rattachés à ce groupe hospitalier

La figure n°1 nous permet de mesurer les distances géographiques, qui séparent les différents établissements, celles-ci se situent entre 23 et 60 km. Ces informations seront prises en compte dans l'analyse de cette étude, ce critère pouvant représenter une des difficultés rencontrées lors du processus d'adhésion des professionnels.

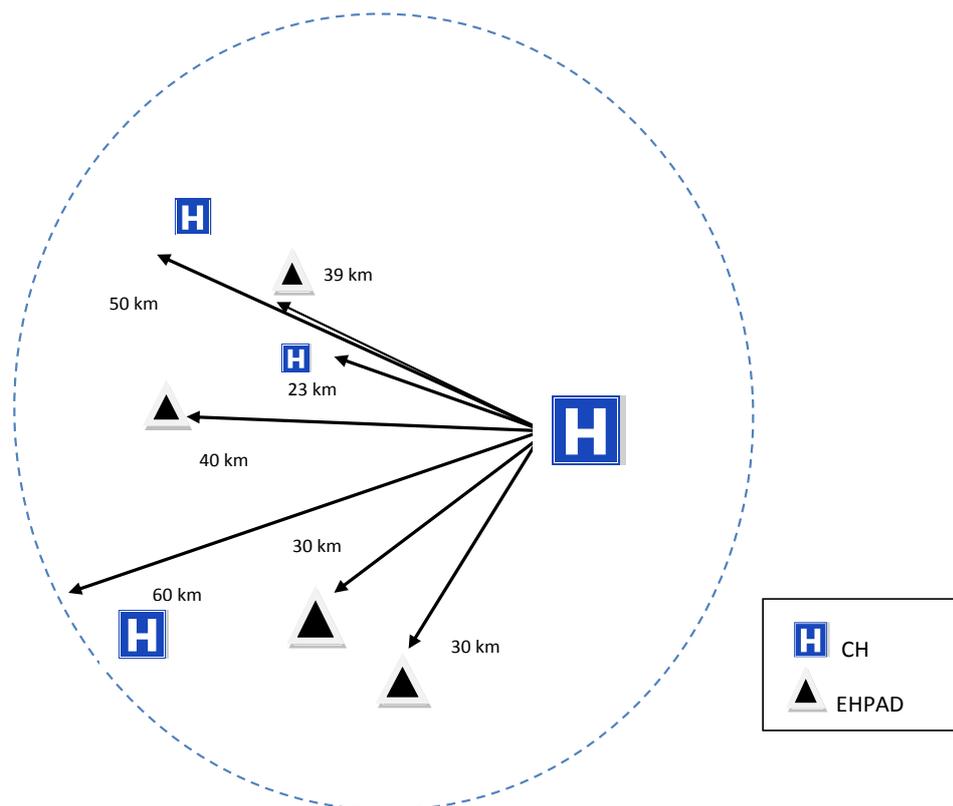


Figure 1 : Répartition géographique des établissements rattachés à la direction commune

Le tableau ci-après nous donne une présentation synthétique des CH et des EHPAD rattachés à cette direction commune. Il indique les différents types d'activité, les nombres de lits et places, ainsi que le nombre d'agents de chaque structure. Il nous semble important de préciser, que ce groupe hospitalier public dispose désormais de 1000 lits d'EHPAD, au sein de son territoire. Cette précision a toute son importance, si nous soulignons que le CH de référence n'en possède aucun.

Etablissements	Activités	Nombre de lits et places	Nombre d'agents en ETP
CH de référence	Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO) Psychiatrie Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) Hospitalisation à domicile (HAD)	755	1586
CH 2 <i>Entré dans la direction commune en septembre 2012</i>	MCO SSR EHPAD Unité de Soins de Longue Durée (USLD) Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) HAD	329	507
CH 3 <i>Entré dans la direction commune en janvier 2010</i>	SSR USLD EHPAD SSIAD HAD	300	250
CH 4 <i>Entré dans la direction commune en janvier 2011</i>	SSR EHPAD Hébergement temporaire médicalisé SSIAD	172	100
EHPAD1 <i>Entré dans la direction commune en juin 2014</i>	EHPAD	154	81
EHPAD 2 <i>Entré dans la direction commune en janvier 2012</i>	EHPAD	105	60
EHPAD 3 <i>Déjà en direction commune avec CH 3</i>	EHPAD	84	60
EHPAD 4 <i>Entré dans la direction commune en janvier 2012</i>	EHPAD	75	60
TOTAL		1974	2704

Tableau 1 : Présentation des établissements rattachés à la direction commune

2.2 La méthodologie de recherche

2.2.1 L'outil sélectionné et la méthode d'analyse

C'est au cours de notre premier stage que ce sujet nous interpellait : une direction commune importante était en place, elle regroupait alors sept structures d'origine sanitaire et médico-sociale. Nous choisissons dans un premier temps de conduire plusieurs entretiens exploratoires, l'un auprès du directeur des affaires financières et de la coopération (DAFCO), deux autres auprès de cadres supérieurs de santé. Ces échanges, ainsi que les différentes observations faites lors de notre présence à des réunions institutionnelles, confortent notre intérêt pour le sujet. Une recherche bibliographique nous a permis dans un deuxième temps de situer le contexte de ce travail, une approche conceptuelle apportant un éclairage théorique. La thématique de notre mémoire professionnel est donc confirmée, nous retenons les établissements de ce groupe hospitalier comme terrains d'enquêtes. Ce travail de recherche qualitatif s'est appuyé sur des entretiens semi-directifs⁵⁵, l'outil le plus adapté pour mesurer l'avis des professionnels. Chaque entretien a fait l'objet d'une retranscription intégrale, permettant d'extraire les idées et les verbatim précis. Ces données, qui ont fait l'objet d'un classement à l'aide d'une grille d'entretien, sont croisées secondairement avec les apports conceptuels, ainsi que des éléments issus de l'analyse des supports de communication utilisés au sein de ce groupe.

2.2.2 La population choisie

Plus d'une vingtaine d'entretiens est réalisée auprès de professionnels de différentes catégories⁵⁶, le directeur général, le directeur des ressources humaines nommé sur la direction commune, les directeurs adjoints, un président de CME, le DS-CGS de la direction commune, le DS ayant un poste partagé entre l'établissement principal et une autre structure sanitaire, un cadre supérieur de santé (CSS) ou cadre de santé (CS) de chaque structure. L'avis des soignants est également recueilli ; Pour ces derniers, nous optons pour des entretiens collectifs et/ou individuels au sein de trois structures. Un entretien auprès d'une infirmière représentante d'une organisation syndicale est également mené.

⁵⁵ Cf. Annexes 1 – Grille d'entretien

⁵⁶ Cf. Annexe 2 – Liste des personnes enquêtées

2.2.3 Les limites de l'étude

Notre position « d'apprenti chercheur »⁵⁷ représente une limite de cette étude. De fait, nous devons l'admettre, la pratique de l'entretien conduisant à libérer la parole de l'enquêté ne nous est pas familière. Pour autant, ces échanges ont été riches et variés. De plus, il est à noter que cette étude intervient un peu tôt dans la construction de cette direction commune pour mesurer le niveau d'adhésion des infirmiers(es) et aides-soignants(es). En effet, l'implication de ces professionnels est annoncée dans la mise en œuvre des projets de ce groupe prévue dans la phase de projection initiée récemment. Par ailleurs, les propos de la majorité des professionnels ont révélé un engouement certain pour cette direction commune. Aussi, ce fait nous conduit à poser une limite à notre étude, limite que nous souhaitons néanmoins nuancer en s'appuyant sur le discours de deux acteurs d'une autre direction commune.

2.3 La direction commune : un mode de coopération facilitant la cohésion des professionnels

Cette partie diagnostique s'intéresse en première intention à l'impact de l'environnement par rapport à la mise en œuvre de cette direction commune. Nous abordons, dans un deuxième temps, les modalités de construction de ce groupe hospitalier public sanitaire et médico-social. Les leviers et les freins sont ainsi évoqués à travers les différentes phases. Enfin, l'adhésion des professionnels est entrevue au regard de leur niveau d'implication dans ce processus. Celui-ci est variable, nous nous efforçons d'en expliquer les écarts.

2.3.1 Le développement d'une direction commune : l'analyse du contexte

Les contraintes budgétaires, la démographie médicale et la concurrence du secteur privé, sont autant d'éléments, qui conduisent le secteur hospitalier à s'inscrire dans des démarches d'analyse stratégique. Notre recherche s'appuie sur cette méthode en se référant au diagramme de SWOT⁵⁸. Ainsi, nous explorons dans un premier temps les forces et les faiblesses représentant les facteurs internes liés à la mise en œuvre de cette direction commune. Les opportunités et menaces sont abordées dans un second temps : elles constituent les facteurs externes dépendant de l'environnement.

⁵⁷ KAUFMANN J.C., 2013, « *L'entretien compréhensif, l'enquête et ses méthodes* ». Paris : Armand Colin, 2^{ème} Edition, p.15.

⁵⁸ Selon le dictionnaire du commerce international, l'acronyme SWOT signifie Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats, qui correspond en français aux termes : Forces, faiblesses, opportunités, menaces. L'analyse SWOT ou matrice de SWOT a été créée par Albert Humphrey, un consultant en management américain dans les années 60 - 70

A) Les forces et les faiblesses de cette direction commune

Ce groupe hospitalier public comporte des structures sanitaires et médico-sociales, qui visent à mettre en place de véritables filières de soins sur le territoire de santé. Une complémentarité s'organise entre ces différents établissements, qui sont ainsi en mesure de proposer une prise en charge adaptée et de qualité. Ce mode de coopération a déjà fait ses preuves dans le secteur privé, qui, organisé de la sorte, parvient ainsi à rationaliser ses différents secteurs d'activité. C'est aussi un moyen de fidéliser la clientèle en lui offrant un parcours de soins optimisé. Nous comprenons en quoi, chaque établissement peut entrevoir ses propres intérêts, lorsqu'il intègre une direction commune. Nous notons que l'établissement de référence compte 60 lits de soins de suite et de réadaptation et aucun lit d'hébergement ; Le groupe hospitalier peut désormais répondre à ses besoins en matière de recherche de lits d'aval, en lui proposant plus de 1000 lits d'EHPAD. La coopération instaurée entre ces différentes structures offre des opportunités de parcours de soins, *« il est plus facile d'obtenir désormais un rendez-vous pour un patient, car nous appartenons à ce groupe, nous sommes plus facilement entendus »* déclarait un cadre supérieur de santé (CSS) exerçant dans un EHPAD.

Par ailleurs, cette complémentarité se matérialise également à travers une mutualisation des ressources et des compétences. L'établissement support apporte son expertise et son soutien aux structures de petite taille, souvent isolées et démunies devant les exigences réglementaires. *« Moi, j'attends beaucoup de la direction commune et particulièrement pour le projet médico-social »*, ainsi s'exprimait le directeur d'une de ces structures. Si nous nous arrêtons sur les attentes de ces équipes de direction, nous comprenons que la direction commune représente un critère d'attractivité pour un bon nombre d'entre eux. *« Je vous avoue que si ce poste n'avait pas été en direction commune, je n'aurais pas postulé »*. *« Il est désormais difficile d'occuper un poste de direction seul dans un établissement sanitaire de taille modeste et de faire face aux exigences réglementaires et aux contraintes budgétaires »*, déclarait un autre. L'intérêt et la force du *« travailler ensemble »* semblent être largement plébiscités par ces directeurs. L'économie d'échelle est également abordée, l'un d'eux n'était par ailleurs pas en mesure de citer un inconvénient à l'encontre de cette direction commune.

Leur force, ils l'expriment également dans cette volonté de coopérer. *« Ce qui fait notre force, c'est que cette direction commune, elle est partie de la base, du terrain »*, déclarait également un directeur responsable d'un établissement sanitaire et d'un EHPAD. *« Je souhaite à cette direction commune de rester dans ce bon équilibre entre autonomie locale au niveau de l'établissement et coopération intelligente et savoir partager, et mutualiser quand il le faut avec les autres structures »*, ajoutait-il. Ainsi, cette force est associée à cette notion d'autonomie juridique et financière, que leur garantit ce mode de coopération conventionnel. Nous pouvons ici faire référence au concept de Crozier et

Friedberg évoquant la marge d'autonomie et la responsabilisation attendue et recherchée par les directeurs, une autonomie à laquelle ils tiennent particulièrement. Les élus ne sont pas non plus insensibles quant au maintien des conseils de surveillance ou conseils d'administration de chaque établissement. A ce titre, le cadre réglementaire souple représente un avantage pour les uns, « *on a pu façonner l'outil comme on l'entendait, à la géométrie variable, qui nous convenait* » avançait un directeur. Pour d'autres, cela se révèle devenir une faiblesse de l'organisation en place.

En effet, l'absence de cadre juridique représente pour quelques uns une fragilité, l'organisation ainsi construite reposant sur la volonté des hommes. « *La zone d'incertitude c'est le « demain », car la direction commune est un outil, qui n'est pas réglementé, moi je dis qu'à partir du moment où une organisation tient à des acteurs, c'est un édifice d'allumettes, qui peut tomber du jour au lendemain* », faisait remarquer un directeur. Nous retenons de ces propos ses craintes pour l'avenir. Questionné à ce propos, il indique qu'il fait référence au départ à la retraite du directeur général annoncé à plus ou moins court terme.

Par ailleurs, la taille de ce groupe hospitalier comprenant huit structures peut au regard de certains aspects présenter des risques. « *C'est difficile de mettre en place une direction commune, il faut être sûr, qu'on ne brûle pas les étapes et qu'au fur et à mesure qu'on intègre un nouvel établissement, il n'y en a pas un autre qui se dégrade* », avançait le directeur général (DG).

Enfin, si la direction commune peut représenter un mode d'exercice attractif pour les dirigeants, les difficultés rencontrées par ce groupe hospitalier pour recruter du personnel médical sur leur territoire de santé semi-rural, doivent être soulignées. Des postes partagés sont proposés aux médecins, des consultations avancées sont organisées, il s'agit de répartir l'offre de soins sur le territoire de santé. Le désert médical est évidemment un frein au développement de ce type d'organisation, qui prône la coopération et de fait, la mobilité. Il faut alors faire face à un autre obstacle, que représente la distance géographique entre les différentes structures, soixante kilomètres pour la plus éloignée. Pour autant, le développement des technologies de l'information offre de réelles opportunités à la disposition des professionnels de ce groupe hospitalier.

B) Les opportunités et les menaces

Le bassin géographique semi-rural relativement étendu et la rareté des compétences médicales nécessitent encore plus qu'ailleurs d'organiser l'offre de soins sur ce territoire. Les complémentarités et les mutualisations souhaitées, les coopérations encouragées, voire imposées par les pouvoirs publics répondent, il est vrai, aux besoins de la population en termes d'offre de soins. L'opportunité est de construire un groupe

hospitalier public permettant de définir des filières de soins et de fluidifier les parcours de soins. Contribuer à l'accès à des soins de qualité et en toute sécurité sur un territoire rural et vieillissant apparaît primordial pour le directeur général : « *il nous fallait protéger notre territoire, de plus on tenait à affirmer le côté public de notre groupe* ». La notion de service public est largement soulignée, l'opportunité de regrouper les établissements publics, pour faire face au secteur privé. Il s'agit de contribuer au maintien des activités publiques en choisissant une répartition de l'offre de soins sur le territoire, l'implantation de lits de soins de suite référents en addictologie dans un centre hospitalier, des lits d'hospitalisation à domicile dans un autre.

De plus, cette direction commune s'articule autour des outils de coopération déjà en place : le groupement régional d'achat hospitalier, le groupement de coopération sanitaire concernant les systèmes de communication et la CHT. Créée en 2011, cette dernière intègre les mêmes établissements de la direction commune, tout en restant ouverte aux autres établissements du territoire. L'articulation de ces deux modes de coopération pourrait renforcer ce rapprochement entre les secteurs sanitaire et médico-social et contribuer au développement de filières de soins en coordonnant un projet médical de territoire structurant.

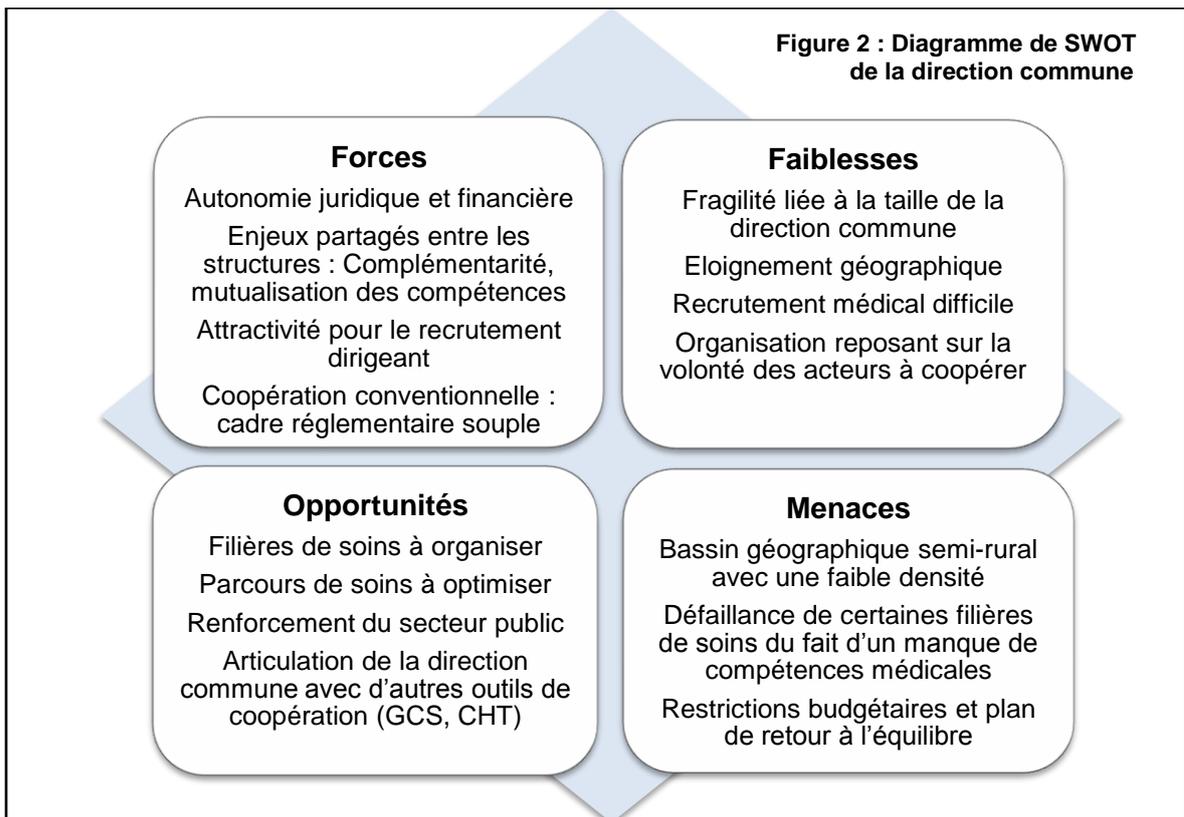
S'intéressant aux menaces, que peut comporter ce bassin géographique semi-rural, il est nécessaire de noter une baisse constante de la densité de la population. De plus, une fuite de la clientèle sur les départements limitrophes est constatée. Le Centre Hospitalier Régional Universitaire d'un département voisin peut en effet représenter pour ce groupe un risque en matière de perte d'activités.

Pour autant, le fait essentiel concerne les conséquences d'une démographie médicale défaillante sur cette zone géographique semi-rurale. La rareté des moyens médicaux, voire de certaines spécialités paramédicales représentent une menace certaine. Certaines filières sont défaillantes sur ce département de taille importante, du fait d'un manque de compétences médicales ; La radiothérapie n'est plus affichée au schéma régional de l'organisation des soins par exemple.

Que faire pour recruter certaines spécialités indispensables pour répondre aux besoins de la population ? Les restrictions budgétaires, les difficultés financières de certains établissements en plan de retour à l'équilibre sont indéniablement des freins au développement de ces coopérations.

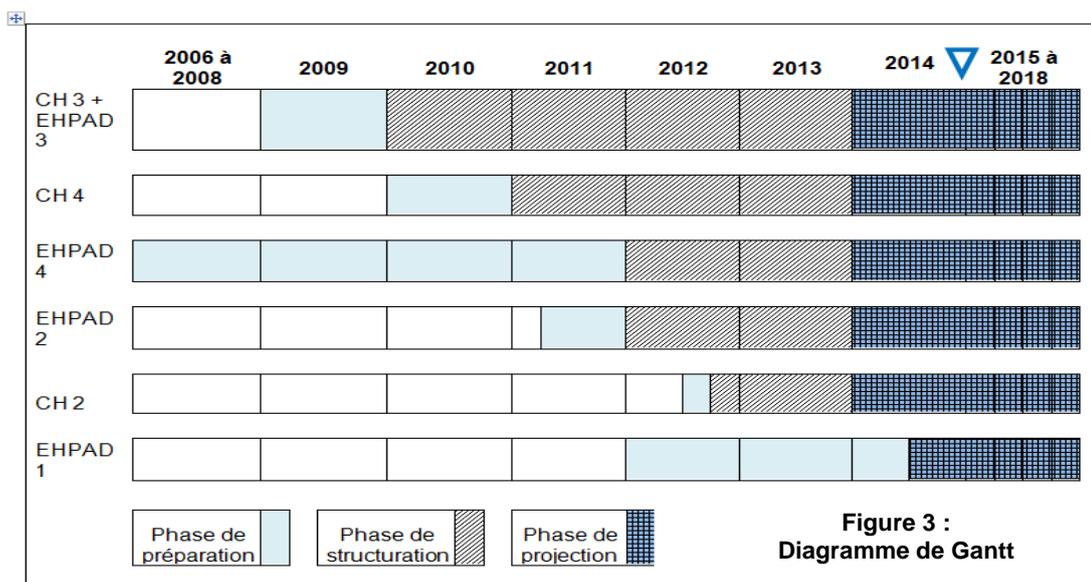
Le diagramme de SWOT présenté dans la figure 2, nous donne une vision synthétique de l'environnement de ce groupe hospitalier public sanitaire et médico-social.

La prise en compte du contexte nous apporte également un premier éclairage sur la construction de cette direction commune, qui s'est étalée sur plusieurs années.



2.3.2 La construction d'une direction commune : un processus structuré en trois phases

Afin de mesurer les modalités de développement de cette direction commune, nous nous référons à l'approche processus, que nous déclinons en 3 phases : la préparation, la structuration et la projection. Ces étapes font l'objet d'une analyse spécifique. Les freins, les leviers et les difficultés sont exposés. Ces phases, qui se répètent systématiquement, dès lors qu'une nouvelle structure est rattachée à la direction commune, ont néanmoins une durée variable, telle que l'illustre le diagramme de Gantt représenté ci-dessous.



A) La phase de préparation : l'instauration d'un climat de confiance

Relatant l'historique de cette direction commune, le directeur général (DG) nous confie, que des « *opportunités se sont présentées et qu'il ne fallait surtout pas les rater, car elles ne se présentent qu'une seule fois* ». Si la création de cette direction commune débute en 2010, elle s'est profilée bien en amont lors d'une période d'intérim assurée par le directeur du centre hospitalier de référence du département, devenu aujourd'hui DG du groupe hospitalier. Le CH 3 déjà en direction commune avec l'EHPAD 3 depuis plusieurs années, n'avait alors pas développé de réelle coopération sur le terrain.

Ces périodes d'intérim, qui sont à l'origine de l'entrée de plusieurs structures dans la direction commune, représentent de véritables leviers. Le départ en retraite d'un directeur et les difficultés rencontrées par les élus pour en recruter un nouveau, représentent les opportunités citées. Assurer la direction d'un autre établissement est propice aux échanges, aux rencontres avec les élus en particulier, ainsi qu'avec le personnel. « *J'ai d'abord fait l'intérim une année pour préparer les choses et un an après on passait en direction commune* », déclare le DG. Au cours de cette première phase, il est question de gagner la confiance des élus et des acteurs de terrain, de développer des affinités, qui vont conduire à un souhait partagé, celui de vouloir travailler ensemble. Cette confiance, elle se cultive à travers les relations entretenues avec le réseau extérieur à un établissement. Les centres hospitaliers se sont très longtemps recentrés sur eux-mêmes, le moment semble venu qu'ils s'ouvrent vers l'extérieur.

Concernant cette confiance, qui s'installe à travers des relations authentiques et respectueuses selon les propos du DG, il nous semble pertinent de nous appuyer sur le concept développé par N. Alter, abordant la confiance dans un contexte de coopération. L'auteur déclare que « *la confiance facilite les échanges* » et que « *dans le cadre de ces échanges collectifs, la confiance se trouve encadrée par des normes et des contraintes morales censées exiger des différents acteurs un comportement éthique* »⁵⁹.

Ainsi, ce climat de confiance permet d'avancer, de laisser entrevoir les intérêts partagés. La notion du « don et contre don », que N. Alter expose, apporte une autre explication, quant à l'engagement des dirigeants dans cette direction commune. « *Donner aux collègues conduit à militer l'efficience, c'est-à-dire à tirer parti des ressources disponibles* »⁶⁰. Pour autant, « *donner suppose de pouvoir agir de manière libre ou relativement libre par rapport aux normes et aux principes de gestion en vigueur dans l'organisation* »⁶¹. Nous notons que l'autonomie juridique et financière laissée aux directeurs adjoints de ces établissements, est en faveur de cette liberté d'agir, favorisant les échanges et la complémentarité ainsi construite par l'ensemble de cette direction.

⁵⁹ ALTER N., « *Donner et prendre, la coopération en entreprise* », *op.cit.*, p. 64.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 27.

⁶¹ *Ibid.*, p. 27.

Néanmoins, il nous faut apporter une précision quant à ce principe d'engagement, qui concerne 6 établissements sur 7. S'agissant du CH 2 en difficultés financières majeures, le DG précise que « *c'est un autre aspect de la direction commune, que l'on rencontre souvent en France, ce sont les pouvoirs publics, qui n'ont pas d'autres solutions pour régler un problème budgétaire grave dans un établissement* ». L'injonction de l'ARS s'avère être finalement la meilleure solution pour un CH, qui pourrait se voir imposer une administration provisoire, la fermeture de la maternité ou de la chirurgie, voire une fusion. La situation apparaît bien différente au regard de l'entrée volontaire des autres structures dans cette direction commune. Pour cet établissement, les décisions stratégiques sont prises par l'équipe de direction de l'établissement principal, le comité de soutien du CH est néanmoins partie prenante. Il nous apparaît important de souligner qu'aucun mouvement social n'est survenu depuis l'entrée de ce CH en septembre 2012 dans la direction commune - ceci malgré un plan de retour à l'équilibre intégrant la suppression de plus de trente postes. « *Pour sauver cet hôpital, on a signé la mise en place de la direction commune* », déclare le directeur adjoint de cet établissement. Si cette solution apparaissait la moins mauvaise, la direction commune était malgré tout perçue négativement par le personnel. « *J'ai senti que les équipes n'adhéraient pas, c'était difficile, il fallait qu'elles apprennent à vivre avec, à vivre ensemble* », précise-t-il. Cette période de crise représente vraisemblablement un frein au développement de l'adhésion des professionnels. Une situation budgétaire difficile et l'injonction de l'ARS précipitent l'entrée en direction commune. Pour autant, un climat de confiance s'est progressivement instauré, nous verrons que le DS, en poste partagé dans ce CH a permis d'apporter une vision positive de cette direction commune.

En référence au diagramme de Gantt (fig.3), nous pouvons noter que la phase de préparation d'un établissement peut cohabiter avec la phase de structuration d'un autre. La stratégie est d'inviter les cadres de cet établissement à participer aux travaux initiés dans le groupe sans attendre une entrée « officielle ». Les professionnels sont alors en mesure de constater en amont les aspects positifs de cette direction commune.

Nous percevons l'intérêt majeur de cette première phase, pour laquelle l'instauration d'un climat de confiance s'avère essentielle pour la suite du processus. Cette phase de préparation convie les stratégies collectives et individuelles. L'entrée d'une structure dans la direction commune contribue à l'intérêt collectif : construire des filières de soins, qui s'appuient sur une complémentarité des structures et qui contribuent à une démarche de responsabilisation collective sur un territoire de santé. L'intérêt individuel de chaque structure est aussi mis en exergue : obtenir des lits d'aval pour les uns et bénéficier d'expertises et de compétences partagées pour les autres. L'initiation de travaux de

groupe symbolise alors le glissement de l'étape de préparation vers la phase de structuration.

B) La phase de structuration : adhérer et construire ensemble

Cette étape est tout aussi importante, nous la déclinons en trois points, l'engagement des établissements, la constitution de l'équipe de direction et l'implication de l'encadrement.

L'engagement d'une structure dans cette direction commune se matérialise par la signature d'une convention adoptée par les conseils de surveillance ou les conseils d'administration pour les EHPAD. Conformément à la procédure définie par le CNG, l'équipe de direction est vigilante quant à la constitution des dossiers et la rédaction uniforme de ces conventions. En toute logique, un directeur adjoint est alors recruté, avec des difficultés moindres, les postes en direction commune se révélant être plus attractifs. La constitution, puis l'extension de la direction commune se concrétisent alors, à travers les arrêtés de nomination de l'équipe de direction adressés par le CNG.

Cette équipe de direction est choisie par le DG. Deux autres directeurs sont nommés sur cette direction commune, le directeur des ressources humaines et des affaires médicales (DRHAM) et le directeur des soins, coordonnateur général des soins (DS-CGS).

Mais, l'engagement ne se limite pas à la signature d'une convention, il repose également sur la charte de la direction commune annexée à ce premier document. Cette charte, rédigée avec la participation des cadres de direction et la contribution des élèves directeurs de l'école des hautes études en santé publique, a fait l'objet de nombreuses discussions pendant une année. Le compte-rendu d'une réunion de la direction commune, rappelle les propos du DG en ces termes : « *la convention ne fixe pas de règles d'organisation ni de structuration [...], la charte permet d'officialiser et de clarifier la position statutaire de chacun* ». Les missions de l'équipe de direction sont déclinées selon trois niveaux : la stratégie, la coordination et l'opérationnalité. Ce document définit également les principes de cette direction commune, s'appuyant sur des valeurs et des objectifs. Le principe fondateur réaffirme l'autonomie juridique et financière de chacun des établissements membres, les conseils d'administration ou de surveillance demeurant l'organe délibérant de chaque structure. « *Par délégation du DG, les directeurs d'établissement représentent leurs structures et coordonnent le fonctionnement de leurs instances locales* »⁶². Une liberté d'agir et une responsabilisation renforcent cette notion d'autonomie des directeurs adjoints, autonomie décrite ainsi par E. Morin et abordée en première partie de ce travail.

⁶² Extrait de la charte de la direction commune.

Les valeurs fondatrices de cette direction commune sont déclinées en ces termes :

- « le respect des spécificités des établissements membres »,
- « l'expression des complémentarités »,
- « l'efficacité du service public de santé ».

Nous souhaitons nous arrêter particulièrement sur la première valeur évoquée. Elle plaide en faveur d'un possible rapprochement des secteurs sanitaire et médico-social. « *La direction commune respecte les spécificités de chacun et la diversité des organisations. Les secteurs sanitaire et médico-social ont des particularités propres qui doivent être considérées comme source de richesse, respectées et reconnues* »⁶³. La cohabitation des deux cultures s'annonce possible, une culture propre à l'établissement et une culture commune. S'appuyant sur les travaux de R. Sainsaulieu, S. Landrieux-Kartochian décrit les sous-cultures comme des « *cultures propres à chaque groupe* » permettant de « *penser le changement au sein de l'organisation au travers des relations entre les sous-cultures et la culture de l'entreprise* »⁶⁴. L'auteur ajoute que cette culture « *émerge dans les organisations au travers des interactions entre les membres d'une organisation [...]. Par le partage explicite ou implicite de valeurs, les membres d'une organisation créent une culture et celle-ci va évoluer en même temps que les valeurs partagées* ».⁶⁵ Ces valeurs partagées, les interactions entre les professionnels, le sens donné au changement sont des éléments stratégiques, des leviers que les dirigeants de cette direction commune mobilisent.

Concernant ces interactions, elles se construisent à travers des démarches communes menées en concertation avec les directeurs et selon les besoins identifiés. « *Il ne s'agit pas de « copier – coller » le fonctionnement du CH principal sur les autres établissements de la direction commune, le but est de nous aider, de nous compléter avec des moyens dont on ne dispose pas* », précise le directeur d'un CH et d'un EHPAD. Il explique qu'il n'est pas judicieux « *d'essayer de créer des liens, là où ça fonctionne bien* ». Ainsi, la direction commune apporte une réponse ponctuelle à un besoin identifié. « *Là où les choses ont été bien faites, c'est que la direction commune a pénétré les organisations, les fonctionnements de chaque organisation des établissements de manière simple dans les endroits, qui le nécessitaient* », annonce-t-il.

La stratégie développée par les directeurs est alors de convier les cadres de leur structure à s'impliquer dans les groupes de travail communs. Ainsi, un directeur fait le choix de faire intervenir l'ingénieur en restauration de l'établissement principal. Il apporte alors son soutien aux professionnels lors de la mise en conformité du manuel d'organisation et de fonctionnement des cuisines. Selon lui, il est essentiel d'initier cette coopération dans des actions concrètes, ayant du sens et répondant aux attentes.

⁶³ Extrait de la charte de la direction commune

⁶⁴ LANDRIEUX-KARTOCHIAN S., « *Théorie des organisations* », *op.cit.*, p. 168.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 168.

De plus, nous constatons que le personnel d'encadrement apprécie largement ces rencontres, qui leur permettent de sortir de leur isolement et de leur solitude. Un directeur avance même qu'« *Il nous suffit de les (cadres) mettre en contact, et rapidement « un réseau de professionnels se met en place* ». Il cite alors l'exemple des cadres de santé et des animatrices du CH et de l'EHPAD, qu'il dirige. L'enthousiasme de tous les cadres est sans appel, quel que soit leur lieu d'exercice, sanitaire et médico-social : « *C'est l'occasion de partager nos savoirs faire, nos expériences, nos pratiques professionnelles. C'est un enrichissement, cela représente un enjeu extraordinaire* », affirme un CSS exerçant en EHPAD. Le rôle du coordonnateur des soins apparaît ici primordial de par sa participation active dans la coopération mise en œuvre entre les CSS et les CS. Il favorise ces rencontres à travers l'organisation de réunions de cadres de la direction commune. Il initie un groupe de travail spécifique aux EHPAD leur apportant son soutien dans l'élaboration du projet de vie. « *La stratégie, c'est aussi la communication, c'est de parler des choses, aborder des thématiques porteuses de sens, telles l'éthique ou la dénutrition par exemple* », déclare-t-il. Les Commissions de Soins Infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT) des établissements sanitaires sont relancées dans deux structures sanitaires, une politique de soins est également déclinée et figure dans la charte de la direction commune.

Au cours de cette phase de structuration, il est nécessaire de prendre en compte la notion de temporalité. Le DG déclare qu'il ne faut pas brûler les étapes, un temps d'appropriation est effectivement nécessaire. Selon les directeurs et les cadres, le rattachement des premiers établissements à la direction commune peut provoquer des craintes de la part des professionnels y exerçant. En effet, ils redoutent essentiellement une mobilité imposée entre les différentes structures et que « *l'établissement principal impose sa façon de travailler, ses méthodes* », nous avance un CS d'un EHPAD. Puis, au fil du temps, ces doutes s'estompent : « *Finalement, les agents constatent que leurs pratiques restent inchangées, que leur quotidien ne se modifie pas* », précise un CS. De plus, l'expérience des uns est prise en exemple par les autres, ce qui les rassure. La transmission de l'information apparaît alors essentielle, une mission qui incombe aux cadres de proximité. En effet, la stratégie est de les impliquer, « *l'encadrement représente notre meilleur relais, notre premier agent de promotion, de propagande* », précise le DG. Les cadres sont investis dans des groupes de travail et bénéficient de formations communes organisées au nom du groupe hospitalier. Mais, à ce stade du processus, les professionnels de terrain ont surtout la connaissance des postes partagés entre plusieurs établissements (psychologue, diététicienne, kinésithérapeute) ; Ils en attribuent l'obtention au groupe hospitalier et s'en réjouissent, « *sans la direction commune, nous n'aurions jamais pu pourvoir ces postes à temps partiel* » déclare une infirmière.

La phase de structuration permet de consolider la confiance initiée au cours de la première étape. La charte représente la formalisation de l'engagement des équipes dirigeantes dans la construction de ce groupe hospitalier. Les travaux fédérateurs impliquant l'encadrement génèrent des échanges et des interactions, qui contribuent à l'émergence de démarches identiques. La direction commune s'engage désormais dans une phase de formalisation de projets transversaux.

C) La phase de projection et de communication

Selon N. Alter, l'acceptation du changement s'inscrit dans la temporalité. L'auteur précise également que le changement ne peut pas s'opérer, si les acteurs sont dans l'incapacité de lui donner du sens. « *Le sens témoigne d'une cohérence entre le présent et le passé* »⁶⁶ affirme l'auteur. Nous comprenons toute l'importance de la communication et de l'impact d'une information défailante. La phase promotionnelle de cette direction et l'élaboration d'un projet commun contribueront sans aucun doute à fédérer les professionnels de l'ensemble des établissements.

Cette promotion passe tout d'abord par une nouvelle appellation : le groupe hospitalier public sanitaire et médico-social. En effet, un nom et un logo matérialisent désormais ce regroupement d'établissements, une charte graphique est également définie. Ces signes d'appartenance ont une valeur symbolique pour l'ensemble des professionnels. Afficher ces signes sur nos documents signifie que « *l'on appartient à cette direction commune, qu'on l'accepte, qu'on la reconnaît et qu'on assume complètement notre position* », précise un CSS. Selon une infirmière, qui ignorait la nouvelle appellation, donner un nom s'apparente à une pratique des groupes privés. Pour autant, elle y voit de l'intérêt, si cette appellation intègre la notion de secteur public. Elle explique son attachement au service rendu aux usagers sur un territoire de vie. Selon elle, l'organisation en direction commune apporte une réponse aux besoins et attentes de la population en matière d'offres de soins et de complémentarité.

Lors des entretiens, l'ensemble des directeurs et des cadres considère que notre étude arrive précocement par rapport à l'évaluation du niveau d'adhésion des professionnels de terrain, la campagne d'information n'étant pas encore lancée. Ce fait se confirme, certains agents, membres d'une Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), connaissent le nom et le logo du groupe. Ils sont en mesure de citer des projets de la direction commune, tels que les groupes de travail sur la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Ils regrettent le manque de support, qui les aiderait à transmettre les informations à leurs collègues. Pour d'autres, la direction

⁶⁶ ALTER N., « *Donner et prendre, la coopération en entreprise* », *op.cit.*, p. 200.

commune représente avant tout les périodes d'intérim assurées par le DG ; Leur vision est erronée : ils l'associent essentiellement à une gestion financière de leur établissement.

S'agissant des cadres, nous notons qu'ils n'ont pas tous le même niveau d'informations, certains connaissent la charte, d'autres pas. La phase de communication n'est donc pas développée d'une manière uniforme au sein du groupe, seuls certains directeurs ont choisi de communiquer régulièrement sur cette direction commune. Ce fait, l'équipe de direction y est sensibilisée, puisqu'une campagne d'information se profile. Il apparaît essentiel de faire connaître ce groupe hospitalier public (GHP) auprès des professionnels y exerçant, mais également au niveau du territoire, de la région et surtout auprès des bénéficiaires eux-mêmes : les usagers.

Alors que la stratégie de communication se renforce, la volonté du groupe hospitalier public est de formaliser un projet commun. « *Maintenant qu'elle est créée, qu'elle est montée en charge, on veut donner un vrai contenu à cette direction commune, un projet de la direction commune pour les 5 ans à venir* », annonce le DG. En effet, le projet de ce groupe hospitalier, piloté par la DRHAM se décline en plusieurs projets : le projet médico-social, le projet de soins, le projet Gestion des Ressources Humaines (GRH), le projet en matière de gestion financière, le projet du système d'information... « *L'aspect médico-social est la force de ce projet* »⁶⁷. Une attention particulière est portée quant à l'implication de l'équipe de la direction commune, selon une démarche participative. Une méthodologie proposée par la DRHAM permet de décliner les orientations de chaque projet à travers des fiches actions. La stratégie annoncée, à travers ce projet, concerne la mise en œuvre de démarches communes dans tous ces domaines. Pour autant, chaque établissement doit définir son propre projet d'établissement, ce dernier s'inscrivant dans les orientations stratégiques.

Le projet GRH est considéré par le DG comme « *l'élément fédérateur de cette direction commune* ». L'objectif est de « *garantir une gestion des ressources humaines cohérente, performante et sécurisée au sein des établissements de la direction commune* ».⁶⁸ De fait, le développement de politiques de ressources humaines sur des sujets majeurs est attendu. Nous notons la volonté d'instituer des démarches permettant d'être conforme à la législation et à la réglementation et de maîtriser les dysfonctionnements. Ce projet d'envergure touche de multiples thématiques : à titre d'exemple, citons la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, la gestion des postes partagés, du recrutement ou des carrières. Des règles uniques et applicables à tous symbolisent une fois de plus l'appartenance à ce groupe.

⁶⁷ Extrait du compte-rendu d'une réunion de la direction commune en date du 25 octobre 2013.

⁶⁸ Extrait du projet des ressources humaines de la direction commune

Les fiches actions du projet de soins s'intéressent non seulement à la qualité des soins proposés à tout patient accueilli dans un établissement de ce groupe hospitalier, mais aussi au management de l'encadrement. Citons quelques exemples de thématiques retenues, telles que la politique d'encadrement et d'accompagnement des cadres, la politique de recrutement, la démarche éthique, la prise en charge de la douleur... Ainsi, les missions de coordination du DS attendues y sont largement mises en exergue.

A travers ces différents projets, l'idée maîtresse est d'afficher une cohérence d'actions collectives aussi bien dans les démarches que dans les outils. La démarche participative intégrant les professionnels de terrain représente une étape essentielle et indispensable pour développer leur sentiment d'adhésion à ce groupe hospitalier public.

Qu'il s'agisse de la mise en œuvre des différents projets ou de la campagne de communication, l'une et l'autre contribuent sans aucun doute au développement d'une culture commune et à la cohésion des professionnels.

2.3.3 Les acteurs clés de la cohésion des professionnels

Après s'être intéressé au contexte et à la construction de ce groupe, il nous faut porter une attention particulière aux acteurs investis dans ce processus, les acteurs clés de la mobilisation et de la cohésion des professionnels. En effet, selon les propos d'un DS, « *Une direction commune n'est ni plus, ni moins avoir des hommes et des femmes qui travaillent dans un ensemble, dans un cadre commun au service des patients* ». ⁶⁹

A) Une équipe de direction fédérée : une posture de leadership

Cette définition du DS nous invite à cibler le rôle du DG en matière de stratégie, de coordination mais aussi sur un plan opérationnel. Au cours de multiples réunions et à travers divers supports de communication, il affirme l'autonomie juridique et financière des structures. Cette direction commune est construite selon le principe du management délégué. Une liberté d'agir et une responsabilisation sont accordées aux directeurs des structures. Toutefois, des règles sont également rappelées, notamment en matière de reporting attendu et centralisé. Les directeurs acceptent cette marge d'autonomie et démontrent leur capacité à gérer les liens de dépendance en conséquence. Ils reconnaissent tous l'aptitude du DG à fédérer l'équipe de direction. La notion de leadership est d'ailleurs avancée. L'autorité hiérarchique est reconnue et acceptée ; les relations et le climat de confiance réciproque sont largement mis en avant. Evoquant la

⁶⁹ Extrait de l'entretien avec le DS exerçant en poste partagé sur le CH principal et le CH 2.

confiance, N. Alter nous dit qu' « à la différence de l'autorité, elle [la confiance] n'est pas un phénomène de transfert des droits, mais de placement des attentes »⁷⁰. Ces attentes sont annoncées à travers la charte de la direction commune, qui définit les missions de chaque membre de l'équipe de direction : du DG, des directeurs des établissements, des directeurs fonctionnels et des directeurs des soins. Le mode de fonctionnement basé sur les échanges, le travail concerté et le climat de confiance apportent toute satisfaction à l'ensemble des directeurs d'établissement. « *L'intérêt de cette direction commune, c'est de travailler en commun, de pouvoir aller chercher des outils, de faire appel à des personnes expertes* » note un directeur d'EHPAD. Pour un autre, la réussite de cette construction tient au DG, qui « *a laissé se mettre en œuvre les choses avec progression et sans imposer les méthodes* ». La notion de temporalité prend ici tout son sens.

Quels que soient les lieux d'exercice, sanitaire ou médico-social, la cohésion des directeurs d'établissement au sein de ce groupe est effective. Il nous faut néanmoins noter leur inquiétude en cas de changement de directeur général.

Nous devons également évoquer le rôle primordial occupé par les directeurs fonctionnels⁷¹, en matière de cohésion, via les projets fédérateurs, qu'ils animent ou à travers les expertises qu'ils apportent.

B) Les directeurs des soins au sein de la direction commune : une coordination et un poste partagé

Les missions des DS sont également précisées dans la charte de la direction commune au même titre que celles des directeurs fonctionnels nommés sur tous les établissements. Les DS travaillent en collaboration avec les directeurs d'établissements, sans qu'il existe de lien hiérarchique. « *Les DS ont une autorité fonctionnelle sur les personnels de soins, de rééducation et médico-techniques des établissements de la direction commune* »⁷².

L'avis des directeurs concernant le rôle du DS-CGS est unanime. « *Le DS-CGS est vraiment un lien, quelqu'un qui coordonne ce travail commun auprès des CS* », déclare un directeur. « *Il est celui qui va nous permettre de rationaliser les filières, il met en contact les acteurs, les cadres ; Il est l'interlocuteur clé* », ajoute-t-il. « *Il prend part aux réorganisations, il nous apporte du soutien, de la méthode, il nous a aidé dans le montage de la CSIRMT, qui ne fonctionnait plus* », déclare un autre. Les cadres ont également un avis semblable, le DS-CGS leur a permis de se rencontrer, d'échanger sur leurs difficultés et sur leurs pratiques avec d'autres collègues, de « *sortir de leur solitude* ». Un rôle en matière d'animation, de soutien et d'expertise est avancé.

⁷⁰ ALTER N., 2012, « *Sociologie du monde du travail* ». Paris : Presse Universitaires de France, 2^{ème} édition, p. 49.

⁷¹ Les directeurs fonctionnels : le directeur des ressources humaines, le directeur des affaires financières et de la coopération et le directeur de la logistique et des travaux.

⁷² Extrait de la charte de la direction commune

Selon le CSS exerçant dans l'établissement en situation de plan de retour à l'équilibre, le poste de directeur des soins partagé contribue à développer une culture et une identité communes. « *Le poste partagé de notre DS va y être pour beaucoup, il va être facilitateur, il nous amène du partage, des échanges, des outils : c'est une passerelle, un vecteur* ».

La DRHAM évoque également l'implication forte et porteuse de sens des directeurs des soins dans des projets fédérateurs, telle que la GPMC. Ce dossier ouvre une perspective en matière de gestion commune des ressources humaines, synonyme d'équité pour les professionnels. Le point de vue du président de la CME reconnaît la valeur ajoutée d'une politique des soins partagée sur les établissements de ce groupe hospitalier. « *Le DS est l'élément clé, qui fait que les choses fonctionnent, travailler directement avec le DS permet d'appliquer les mesures sur la transversalité* », explique-t-il.

Par ailleurs, les DS eux-mêmes expriment leur satisfaction et l'intérêt professionnel, que leur apportent les missions confiées au sein de ce groupe. Conscient de son positionnement sur ces structures, le DS-CGS coordonne avec conviction le management des cadres exerçant en EHPAD. Il valorise leur spécificité et leurs connaissances et mise sur l'échange et la complémentarité. Les DS préservent la culture médico-sociale tout en contribuant à la construction d'une nouvelle culture du GHP.

C) L'équipe d'encadrement impliquée et motivée

La charte identifie également la place des cadres et des référents dans la construction de cette direction commune. De plus, il y est précisé que le personnel de direction « *doit porter une attention particulière quant à l'information de l'encadrement* ». Ce point est important à rappeler au regard des écarts notés en matière de connaissance des cadres concernant les actualités de la direction commune. Alors que les cadres sont qualifiés de personnes relais auprès des professionnels de terrain, il semble que les consignes, qui leur sont transmises en matière d'information soient imprécises et variables selon les établissements. En effet, un CSS s'étonnait de l'absence de questionnement des professionnels quant au logo du groupe, qui figurait sur les documents affichés. Ne devait-il pas informer lui-même les professionnels de cette nouvelle appellation ? De fait, en l'absence de consignes explicites de la part du directeur, il ne s'est pas autorisé à communiquer sur ce nouveau signe d'appartenance.

En revanche, les cadres démontrent leur niveau d'adhésion à cette direction commune, en évoquant des intérêts institutionnels et professionnels. Ils sont convaincus de la valeur ajoutée pour la prise en charge des usagers, ainsi que pour les perspectives d'évolution professionnelle des agents. Leur implication dans les groupes de travail et les échanges avec la DS-CGS contribuent à la construction de liens sociaux coopératifs. Ils admettent

que l'émergence d'une culture commune ne pourra se concrétiser qu'à travers l'implication et les échanges de pratique entre les professionnels de terrain eux-mêmes.

2.3.4 Synthèse

Ce travail de recherche nous permet de répondre à notre questionnement de départ. La création d'une direction commune repose en effet sur des stratégies prenant en compte des opportunités, la spécificité et la complémentarité des établissements sur un territoire de santé. Le principe d'autonomie et le climat de confiance instaurés en amont représentent des leviers, auxquels sont attachés les équipes de direction et les élus. Des enjeux partagés sont identifiés de part et d'autre : une filière gériatrique et des lits d'aval sont attendus pour les uns, des compétences et des expertises sont recherchées par les autres. De plus, l'engagement des équipes de direction s'affirme par le biais d'une charte formalisant des valeurs communes. Les freins sont majoritairement liés à une pénurie en compétences médicales très marquée sur ce territoire semi rural et peu attractif. Les difficultés budgétaires induisant un rattachement précipité représentent également des obstacles nécessitant un accompagnement renforcé. Le poste partagé de DS devient alors une ressource incontestable pour ce GHP. L'implication de l'encadrement matérialise cette coopération effective au sein de ce groupe. Si l'adhésion des cadres est réelle, elle s'appuie sur des acteurs clés : le directeur général, les directeurs adjoints, les directeurs fonctionnels et les directeurs des soins. Il nous faut en effet souligner la place incontournable de la direction des soins, notamment dans l'accompagnement des équipes d'encadrement. La politique de soins, la coordination de projets, la mise en place de groupes de travail thématiques et l'organisation de formations communes représentent des outils fédérateurs. Les cadres se situent alors comme les relais de la direction sur le plan de la communication. Ainsi, sensibilisés par l'expérience de l'encadrement, les professionnels paramédicaux expriment des attentes identiques en matière de partages d'expérience et d'échange. La notion de culture commune n'est pas écartée, elle émerge dans les discours et semble pouvoir cohabiter avec celle d'une culture propre et spécifique liée à leur secteur d'activité. Tous sont convaincus de l'intérêt majeur que représente cette coopération entre les secteurs sanitaire et médico-social, pour les professionnels et surtout pour l'utilisateur lui-même en attente d'une offre de soins efficiente.

3 Préconisations : un modèle de construction d'une direction commune basé sur le principe de la délégation

Dans cette partie, nos préconisations sont introduites à travers une modélisation de la direction commune rencontrée lors de ce travail de recherche. Nous insistons sur les freins et leviers identifiés, ainsi que sur le rôle des acteurs, qui de par leur positionnement favorisent l'émergence d'une culture commune. Nous portons une attention particulière à la fonction de directeur des soins, afin de mesurer notre rôle et nos missions dans une organisation similaire. Notre intention est de nous munir des « clés » contribuant à la réussite d'un tel projet de coopération. Nous proposons d'identifier les points de vigilance, sur lesquels nous devons nous attarder.

Pour se faire, nous revisitons d'une manière chronologique le processus de coopération en qualifiant les étapes incontournables. Cette modélisation fait l'objet d'une représentation graphique présentée en annexe⁷³.

3.1 L'analyse de l'environnement : les fondations d'une coopération réussie

Ces premières préconisations concernant l'analyse de l'environnement nous conduisent à rappeler en quoi la coopération entre plusieurs établissements devient incontournable sur un territoire de santé. L'analyse stratégique menée par une équipe de direction permet de mettre en évidence de multiples enjeux ; Quelques éléments de réponse issus de notre recherche sont évoqués ci-dessous :

- Contribuer à la répartition de l'offre de soins sur un territoire de santé ;
- Répondre aux besoins d'une population vieillissante et au développement des pathologies chroniques ;
- Réaliser des économies d'échelle dans un contexte budgétaire difficile et face à une démographie médicale défailante ;
- Apporter une réponse de proximité au maintien du service public garantissant un égal accès pour tous à des soins de qualité et en toute sécurité ;
- Développer ou maintenir une activité face à la concurrence du privé ;
- Proposer des perspectives d'évolution professionnelle aux acteurs de terrain ;

⁷³ Cf. Annexe IV : modélisation de la construction d'une direction commune fédérative basée sur le principe de la délégation.

- Optimiser des filières de soins ;
- Organiser des parcours de soins ou parcours de santé⁷⁴.

Pour autant, nous l'avons compris, cette liste n'est pas exhaustive. Il appartient à chaque équipe de direction d'ajuster et de compléter sa propre analyse selon l'environnement dans lequel évolue son établissement.

Il nous importe à ce stade de démontrer en quoi le directeur des soins occupe déjà une place primordiale dans cette première étape. Membre de l'équipe de direction, les compétences attendues d'un DS se situent également à un niveau stratégique. En effet, selon son référentiel métier, il doit « *savoir analyser l'environnement et les systèmes d'acteurs* ». ⁷⁵ Sa vision et son expertise en matière d'organisation des soins et des filières peuvent à cette occasion, être mobilisées par l'équipe de direction. Le rapprochement du sanitaire et du médico-social sous-entend des actions de coordination, une mission que le directeur des soins est également en mesure d'assurer. En effet, il nous appartient de prendre en considération la prédominance des effectifs paramédicaux dans toute structure, qu'elle soit sanitaire ou médico-sociale. A ce titre, les compétences du directeur des soins sont incontestables, et particulièrement en matière de management des équipes d'encadrement rattachées à ce groupe.

La prise en compte du contexte dans lequel cette direction commune peut s'instaurer, apparaît également essentielle. En effet, il nous faut retenir que la construction d'une direction commune ne peut se soustraire, du passé, de l'histoire des structures et des relations entretenues entre les directions, qui peuvent influencer le futur.

Ainsi, les freins identifiés seraient de précipiter cette phase d'analyse et de ne pas saisir les opportunités, qui permettent d'instaurer un climat de confiance et une envie de collaborer, tel que l'évoque N. Alter. Retenons un autre point primordial : il ne suffit pas d'étudier ce qu'une coopération peut apporter à notre propre établissement, il nous faut aussi anticiper sur ce que notre établissement peut apporter en échange. Nous rejoignons ici de nouveau la théorie de N. Alter évoquant la notion du don et contre don.

Le DS est sans aucun doute à même d'apporter son expertise, notamment dans des structures, où le personnel d'encadrement est souvent seul et isolé. Ainsi, à plusieurs titres, nous considérons que le DS est partie prenante de cette analyse stratégique.

⁷⁴ Les parcours de santé intègrent l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social.

⁷⁵ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2010, « *Référentiel métier des directeurs des soins exerçant en établissement ou en institut de formation* ».

3.2 Le développement des relations : un climat de confiance à instaurer

Les directions communes se développent et mobilisent sur un territoire les établissements sanitaires de toutes tailles ainsi que des EHPAD. La vision des professionnels en est évidemment disparate : elle s'appuie une fois de plus sur leur culture, leur histoire et les relations entretenues dans le passé. Nous comprenons aisément qu'un travail communautaire nécessite d'établir des relations, afin d'entendre les spécificités de l'autre, ses attentes et ses besoins éventuels. Mais, apprendre à connaître l'autre n'est pas suffisant, il est important de reconnaître ses compétences et de lui attribuer un rôle indispensable dans cette coopération. Ainsi, à l'initiative d'hommes et de femmes, un climat de confiance se construit et s'entretient. Par ailleurs, notre travail de recherche nous le démontre : cette confiance se renforce avec la marge d'autonomie et le niveau de responsabilisation accordés aux acteurs partenaires. Ces derniers doivent l'entrevoir dans les relations, qui s'installent. Pour autant, la volonté et l'investissement restent propres à chacun. C'est pourquoi, nous rappelons que la mise en œuvre d'une direction commune s'appuie sur un acteur essentiel, le directeur général. En effet, une politique de management basée sur les principes de la délégation et d'une coopération dynamique rassurent les partenaires considérés et reconnus selon un positionnement annoncé. Ces constats nous conduisent à convier le concept de leadership dans ce processus de construction. Nous évoquons ici la capacité d'un homme à influencer et fédérer des acteurs pour atteindre un projet collectif dans une relation de confiance mutuelle.

Dans un registre comparable, le développement des relations au sein des équipes de direction se poursuit à travers les missions confiées au DS-CGS. En effet, il nous semble pertinent que le DS prenne des contacts avec les dirigeants des structures environnantes, afin de développer des relations professionnelles. Le directeur général et les directeurs des établissements sont les interlocuteurs incontournables du DS-CGS. Ce dernier peut ainsi démontrer l'intérêt des réflexions communautaires issues des rencontres organisées en présence des cadres référents des différents établissements rattachés au groupe. C'est l'occasion pour les acteurs d'échanger, d'accorder à chacun une place dans l'organisation. Il est bien sûr question à ce stade, d'établir un climat de confiance auprès des professionnels soignants, de démystifier des préjugés, selon lesquels les petits établissements pourraient être absorbés par les plus importants. Cette démarche rassurante doit ainsi permettre de renforcer la notion de proximité, de spécificité mais également celle de complémentarité au service de l'utilisateur. Le patient doit en effet rester au cœur de toutes les préoccupations. Pour se faire, nous pensons que l'ouverture d'un établissement de référence vers les autres structures peut alors se matérialiser par le

biais de sessions de formation continues communes. Ces dernières représentent de véritables lieux d'échanges et d'interactions propices au développement de relations professionnelles. Cette étape, que nous qualifions de « découverte de l'environnement », contribue à amorcer un climat relationnel emprunt de respect mutuel et de confiance. Elle précède la séquence suivante s'intéressant à la structuration du groupe.

3.3 Des travaux fédérateurs et des valeurs partagées : une coordination à piloter

Le rapprochement d'établissements de secteurs sanitaire et médico-social laisse entrevoir la confrontation de cultures différentes et d'identités spécifiques propres à chacun. Notre recherche a montré en quoi les relations et interactions favorisent au sein d'un groupe l'émergence d'une culture commune. Pour autant, nous avons peu évoqué le poids de la culture de service public, à laquelle sont attachés certains professionnels. Selon I. Sainsaulieu, cette culture « *apparaît comme la plus large des appartenances positives, que nous ayons rencontrées* »⁷⁶. Qu'ils s'agissent des valeurs humanistes revendiquées par les soignants de tout horizon ou de l'égal accès à des soins de qualité attendu de tous, ces données représentent un levier à souligner dans un plan de communication interne et externe. Il s'agit d'un élément fédérateur à prendre en compte lors de la structuration d'une direction commune entre plusieurs établissements publics.

Si la culture de service public peut représenter un enjeu fort pour les professionnels de terrain, l'intérêt de coopérer se trouve renforcé à travers la mise en œuvre de travaux communs porteurs de sens dans les pratiques quotidiennes du personnel. Les échanges de savoirs et le retour d'expérience représentent des leviers valorisant ces projets communautaires. Nous évoquons ici, ce que N. Alter qualifie de « *structure d'échange permettant à la fois la création d'un capital collectif de connaissances rares et à la fois la définition de modalités d'obligations mutuelles entre les membres* »⁷⁷.

Evoquant ces « *stratégies d'ouverture et de coopération* », M. A. Bloch et L. Hénaut déclarent que les DS « *ont à cœur de créer de nouveaux dispositifs au sein de leur établissement et en dehors et d'initier de nouveaux modes de management* »⁷⁸. Ainsi, nous proposons de mettre en exergue les compétences du DS en matière de

⁷⁶ SAINSAULIEU I., 2007, « *L'hôpital et ses acteurs, appartenances, égalités* ». Paris : Editions Belin, p.154.

⁷⁷ ATLER N., « *Sociologie du monde du travail* », *op.cit.*, p. 151.

⁷⁸ BLOCH M.A., HENAUT L., « *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* », *op.cit.* p. 254.

coordination. L'animation des équipes d'encadrement lui donne l'opportunité de proposer des rencontres inter-établissements autour de thématiques transversales. Les sujets ne manquent pas, s'agissant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Nous pouvons rappeler l'engagement légitime du DS dans les démarches d'amélioration des pratiques. Or, les recommandations dans ce domaine intéressent aussi bien le secteur sanitaire que le secteur médico-social. Le choix des sujets retenus par le DS doit répondre à des attentes du terrain, sans nécessairement se limiter aux exigences réglementaires. Les personnels d'encadrement sont fréquemment confrontés à des problématiques similaires ; Ils déclarent unanimement apprécier ces temps d'échange et d'évaluation des pratiques, qui leur permettent de progresser. Il appartient au DS de les guider et de leur proposer des pistes de réflexion. Des sujets d'actualité se prêtent facilement à ces travaux de groupe, telle la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Un travail communautaire permet de rationaliser le temps passé à la construction des fiches métiers, l'expérience des uns permettant aux autres d'avancer plus rapidement. L'idée consiste à construire des outils communs, qui donnent la possibilité à chacun d'intégrer les spécificités liées à son secteur d'activité.

Ces avantages concernent également le domaine du recrutement. En effet, la coopération liée à l'instauration d'une direction commune permet aux structures de petite taille de partager des compétences et de pourvoir des postes à temps partiels en les mutualisant. L'attractivité des professionnels s'en trouve ainsi renforcée. De fait, cette offre d'emploi ne se situe plus au niveau d'une structure isolée mais bien au nom d'un groupe hospitalier public. Cette organisation peut faciliter le recrutement des métiers critiques, tels les kinésithérapeutes, dont les compétences sont recherchées et attendues dans les deux secteurs d'activités. Le DS-CGS peut ainsi coordonner ces diverses actions.

Les travaux de groupe sont indispensables. Pour autant, il nous semble important de définir des règles de coopération et de partager des valeurs. En effet, l'influence de l'établissement principal ne doit pas être ressentie par les partenaires comme une ligne de conduite imposée. Il n'est pas non plus acceptable de copier le mode organisationnel d'une structure à une autre. Le DS-CGS doit prendre en compte les différences liées au contexte et aux acteurs eux-mêmes provenant d'horizons variés. Il lui appartient de conduire les équipes d'encadrement vers un travail collectif responsable et respectueux de la singularité. Selon I. Sainsaulieu, « *le consensus communautaire est autant le fruit d'un compromis, d'un intérêt partagé à maintenir une collaboration horizontale et verticale, que le fait d'une intériorisation des normes collectives.* »⁷⁹. Ainsi, nous percevons le rôle du DS se situant à l'interface entre les équipes de direction et les professionnels du terrain. Une collaboration étroite s'institue non seulement avec le directeur général de la

⁷⁹ SAINSAULIEU I., « *L'hôpital et ses acteurs, appartenances, égalités* », *op.cit.* p. 144.

direction commune, mais également avec les directeurs adjoints des établissements rattachés. Il lui appartient d'échanger régulièrement avec les équipes dirigeantes sur ces travaux fédérateurs. S'agissant des cadres, le DS-CGS doit faire preuve de vigilance afin de donner du sens par rapport aux actions menées ou aux décisions prises.

A ce stade du processus de construction, nous insistons sur une étape clé : l'engagement des partenaires dans cette démarche de coopération. La structuration d'un groupe implique de définir le niveau de participation des membres, d'édicter des règles de fonctionnement et d'adhérer à des valeurs communes. Ces principes consensuels permettent d'afficher via une charte, la cohésion des équipes dirigeantes. L'affichage de valeurs fondatrices permet à tous de se situer dans ce mode de coopération conventionnel, qui prône l'autonomie financière et juridique de chaque structure. Ce document permet également de mettre en exergue le respect de la spécificité intégrant la diversité des cultures et des identités propres à chaque établissement. L'expression des complémentarités ainsi que l'efficacité de cette nouvelle organisation en matière d'offre de soins sur un territoire de santé, sont également essentielles en termes de communication. Elles renforcent le sentiment de contribution des acteurs à une politique commune et de fait, leurs sentiments d'appartenance au groupe constitué.

3.4 L'accompagnement du changement : les cadres à impliquer

I. Sainsaulieu nous dit que le « *premier niveau d'appartenance au-delà de la profession est celui du « groupe productif de base* »⁸⁰. Cette affirmation nous conduit à nous tourner vers le rôle des cadres vis-à-vis des professionnels. La conviction et l'engagement des équipes dirigeantes dans une telle organisation nécessitent la mise en place de relais sur le terrain. Les cadres et les référents deviennent alors les interlocuteurs privilégiés, qui doivent être convaincus de l'efficacité d'un tel regroupement via la mutualisation des compétences et des expertises. Pour se faire, une stratégie doit être adoptée, afin de les accompagner dans ce changement annoncé. Nous noterons l'importance du plan de communication, qui doit pénétrer l'ensemble des organisations. Le temps de l'appropriation est renforcé par la transmission de messages relatant les expériences réussies. En effet, l'engagement institutionnel d'un établissement dans ce processus impose un accompagnement, qui incitera les acteurs de terrain eux-mêmes à s'engager à leurs tours. « *Réussir un changement, c'est d'abord insuffler dans l'organisation une vision porteuse de sens, cohérente et portée par une équipe agissant en cohésion* »,

⁸⁰ SAINSAULIEU I., « L'hôpital et ses acteurs, appartenances, égalités », *op.cit.* p. 144.

déclare Cames.⁸¹ Elle repose également, selon lui, sur une phase de communication et un temps d'écoute, qui donnent des clés de compréhension quant au changement annoncé. « *C'est par cette écoute que le pourquoi du changement sera compris et accepté* »⁸². Nous comprenons l'intérêt majeur de cette phase de communication et du sens donné aux actions menées. Mais communiquer n'est pas une chose simple : Qui communique ? Sur quoi ? Quand et avec quoi ? Ces questions ne doivent pas être négligées, nous les aborderons ultérieurement.

Accompagner le changement, c'est donc commencer par en donner un sens compris et accepté par les acteurs. N. Alter nous dit que « *d'un point de vue subjectif, le sens témoigne d'une cohérence entre le présent et le passé* »⁸³. Selon l'auteur, il est nécessaire de comprendre le contenu d'une procédure, ainsi que sa finalité et ce qu'elle est sensée apporter. C'est en fait, permettre aux acteurs d'entrevoir l'impact sur leur travail quotidien. Pour P. Bernoux, « *le changement est dans les interactions* »⁸⁴. Nous insistons donc une nouvelle fois sur l'importance de ces échanges issus de ces travaux communautaires et fédérateurs, qui contribuent à l'évolution des organisations. Chercher à s'approprier le changement et se créer des marges d'autonomie, permet selon P. Bernoux « *d'avoir une attitude active, et donc accepter, voire anticiper des changements possibles* »⁸⁵.

Pour autant, impulser ces interactions nécessite une collaboration étroite entre le DS-CGS et les directeurs fonctionnels et notamment le DRH. Nous pouvons leur attribuer un rôle stratégique en matière de pilotage de ces projets fédérateurs. Les compétences dans le domaine de la coordination définies dans le référentiel métier du DS sont de fait mobilisées. Ce dernier doit « *savoir animer et développer un réseau professionnel* » et « *développer une communication pertinente vis-à-vis des différents acteurs* ». Les cadres soignants des différentes structures sont les premiers bénéficiaires de cet accompagnement organisé et assuré par le DS-CGS. Il convient de les guider dans le déploiement de ces changements de pratiques attendus au plus proche du terrain.

L'accompagnement implique, selon M. Paul, une posture professionnelle spécifique.⁸⁶ L'auteur reprend la définition univoque du verbe « accompagner » : se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui. De plus, il décline ce terme à travers trois axes

⁸¹ CALMES G., SEGADE J.P., LEFRANC L., « *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité* », *op.cit.*, p.84.

⁸² *Ibid.*, p. 85.

⁸³ ALTER N., « *Donner et prendre, la coopération en entreprise* », *op.cit.*, p. 200.

⁸⁴ BERNOUX P. « *Sociologie du changement* », *op.cit.* p. 53.

⁸⁵ *Ibid.* p. 66.

⁸⁶ PAUL M., 2004, « *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique* ». Paris : L'harmattan, p. 60.

sémantiques, à savoir : guider, conduire et escorter. Concernant notre futur exercice de direction des soins, nous privilégions particulièrement le premier axe. Nous retenons le sens donné par l'auteur, qui l'associe aux notions de conseiller, d'éclairer et d'orienter. Enfin, nous partageons son interprétation, lorsqu'il déclare que « guider conjugue les idées de *« chemin, direction, voie et orientation à choisir »* et de *« la délibération en vue d'une décision à prendre »*⁸⁷. Le fait de guider *« consiste à montrer [...] à présenter ou déployer [...] à faire connaître (faire imaginer ou représenter, constater ou expliquer, révéler ou témoigner »*⁸⁸. Concernant le chemin à parcourir, le guide avance tel un éclaireur. Parce qu'il a cette pratique du parcours, il *« avertit en tournant l'attention vers ce qui peut faire obstacle »*⁸⁹. Cette phase d'accompagnement, nous l'attribuons volontiers au DS. Il l'associe de fait à une responsabilisation des cadres dans des projets précis. Stratégiquement, le DS conduit les cadres à s'investir dans les étapes opérationnelles introduisant le changement.

Par ailleurs, il nous semble aussi nécessaire pour le DS d'adopter une posture basée sur l'écoute. Selon nous, manager une équipe de cadres nécessite de tenir compte du parcours de chacun, de mobiliser les compétences des professionnels et de valoriser les expériences. En effet, la coopération s'appuie sur des acteurs, qui sont aussi en attente de reconnaissance. Nous rejoignons sur ce point, l'intérêt de la communication et de la diffusion des travaux réalisés par les cadres, ainsi que par les professionnels de terrain.

3.5 La communication : un « ciment » propice à la cohésion

Sur un plan étymologique, le terme communiquer, qui vient du terme latin « *communicare* », signifie « partager quelque chose, mettre en commun ». Ces notions de partage et de mise en commun s'accordent ainsi parfaitement aux objectifs visés lors de la construction d'une direction commune. Certains diront qu'il faut savoir communiquer à bon escient et au bon moment. Il est vrai que la communication doit s'ajuster aux différentes séquences de construction de ce groupe : des échanges contribuant à développer un climat de confiance en phase de préparation jusqu'à la diffusion d'un plan de communication défini et mis en œuvre dès la phase de structuration.

La communication est plurielle, descendante ou ascendante, horizontale ou verticale. Elle rassure, elle donne de la lisibilité et de la visibilité quant à l'avenir et aux objectifs posés. Elle fournit des retours d'information indispensables en provenance du terrain. N'oublions

⁸⁷ PAUL M., « *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique* », *op.cit.*, p. 69.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 69.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 69.

pas que l'absence de communication inquiète et fait place aux rumeurs, qui déforment le contenu des messages. Nous considérons qu'il existe différents niveaux d'informations. Les équipes dirigeantes bénéficient de temps d'échange et de prises de décision lors des réunions institutionnelles et de discussions informelles.

Le DS-CGS organise des temps de rencontre à l'intention des cadres de la direction commune. Il nous paraît important de souligner l'adaptation nécessaire de ces espaces d'échanges organisés par le DS au regard de la thématique sélectionnée et du public concerné. Il ne s'agit pas de multiplier les réunions, mais d'ajuster le contenu aux attentes de l'auditoire. A ce titre, nous retenons la pertinence d'organiser des temps d'échanges spécifiques selon le secteur d'activités visé. Une réflexion commune sur le projet de vie doit ainsi convier les professionnels des structures médico-sociales. Ne négligeons pas pour autant les échanges informels, qui émergent de ce réseau professionnel en construction. En effet, en provoquant des rencontres au sein de l'équipe d'encadrement, le DS-CGS ouvre un nouveau flux d'échanges. Il permet aux informations de circuler sur un plan horizontal. Désormais, les acteurs se connaissent, ils appartiennent à un même groupe, ils ne se situent plus sur un niveau concurrentiel comme par le passé. Ils évoluent au sein d'un ensemble cohérent, d'un réseau de partage et de complémentarité.

Par ailleurs, les directeurs et les cadres occupent à tour de rôles, une position d'émetteur, puis de récepteur. En effet, la communication ascendante s'opère aussi dans une organisation. Les cadres deviennent les vecteurs de ces informations provenant du terrain. Nous comprenons le lien essentiel de l'encadrement situé à l'interface entre les agents et les équipes dirigeantes, et plus particulièrement avec la direction des soins.

La communication n'est pas chose facile. Elle doit suivre un plan précis afin de déterminer qui communique, quand, à propos de quoi et à l'aide de quels supports. En effet, si la communication orale est importante en matière de relations, la formalisation d'un message à travers un document renforce son appropriation. Quant à son contenu, il doit être adapté au public visé. Nous proposons de construire des supports spécifiques pour les professionnels, supports diffusés sur l'ensemble des établissements à une période identique. Un retard d'information dans une structure peut immanquablement provoquer un sentiment d'exclusion, le moment doit donc être bien choisi. De plus, nous inspirant d'un témoignage du monde industriel⁹⁰, il nous paraît opportun d'intégrer des temps d'information courts, ponctuels et réguliers à l'intention des équipes. Nous privilégions pour se faire la période des transmissions orales, l'instant propice permettant aux cadres de diffuser largement un message. S'intéressant aux autres acteurs du territoire et aux

⁹⁰ Intervention d'un responsable de production automobile lors d'un atelier organisé au cours du congrès de l'Association Française des Directeurs des Soins, à Nancy le 2 octobre 2014.

usagers, il est primordial de lancer une campagne d'informations à leur intention. Il s'agit de mettre en exergue une offre de soins coordonnée et renforçant la proximité.

La communication renforce le sentiment d'appartenance et participe au développement de la cohésion entre les professionnels. Une attention particulière doit donc être portée concernant la valorisation qu'elle suscite. Elle permet entre autres de mettre en exergue les expériences réussies et de renforcer ce sentiment d'exister au sein du groupe. Ainsi, au sein d'une direction commune, elle revêt un aspect essentiel : elle véhicule les signes d'appartenance au groupe constitué. Communiquer autour d'un nom, d'un logo et d'une charte graphique, permet aux professionnels de s'identifier à cette nouvelle structure. Ces moyens de communication matérialisent la fin de cette phase de structuration. Le groupe est créé, il porte des signes de reconnaissance, la marque d'une alliance entre des structures de secteurs différents.

La communication bénéficie des évolutions technologiques. En effet, nous devons nous attarder sur ces nouveaux modes d'informations, qui favorisent les échanges à travers des outils communs. Ainsi, des bases de données en matière de gestion documentaire doivent être accessibles à plusieurs établissements par l'intermédiaire de systèmes d'information partagés. La continuité des soins est également facilitée avec la mise en place d'un dossier patient informatisé développé à partir d'un logiciel commun à toutes les structures ou présentant des interfaces compatibles. Nous percevons l'intérêt du développement de moyens de communication au sein d'un groupe hospitalier sanitaire et médico-social. Mais, les restrictions budgétaires représentent un frein pour certaines structures. Cependant, nous notons que le développement des systèmes d'information partagés reste une priorité nationale dans le monde de la santé. Le communiqué de presse du ministère de la santé du 24 mai 2014, s'oriente dans ce sens en plébiscitant le déploiement de la télémédecine. Des expérimentations sont en cours de réalisation en matière de téléconsultations entre les secteurs sanitaire et médico-social. Elles pourraient représenter un levier vers une informatisation efficiente accordée aux EHPAD.

Enfin, les moyens de communication représentent également des leviers facilitant les échanges entre des structures éloignées sur un plan géographique. Les distances peuvent en effet limiter les déplacements, les courriels et les visioconférences deviennent des moyens rapides et simples pour accéder à l'information en temps réel. Les relations instaurées ne sont évidemment pas identiques et nécessitent de programmer régulièrement des temps de rencontre physique. Pourquoi ne pas également créer un journal interne et un annuaire commun à l'ensemble des établissements du GHP, signes d'appartenance affichés à l'intention des professionnels de chaque structure ?

3.6 La construction de l'avenir : un projet commun à formaliser

Alors que la direction commune est créée et que les règles de fonctionnement et les valeurs partagées sont édictées, il devient indispensable de formaliser un projet commun de coopération pour les années à venir. La démarche participative s'impose, les acteurs doivent définir d'une manière consensuelle les orientations futures. Notre réflexion s'oriente essentiellement sur quelques axes de ce projet commun, axes dans lequel le DS-CGS est particulièrement impliqué. Si le projet de gestion des ressources humaines retient notre attention, nous portons un intérêt majeur au projet de soins et à la diffusion de la politique de soins au plus près des établissements rattachés à ce groupe.

Ce paragraphe nous permet d'aborder la place du DS-CGS dans la mise en œuvre du projet de gestion des ressources humaines, les thématiques traitées concernant évidemment les professionnels soignants. La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, le recrutement, l'encadrement des nouveaux arrivants, l'accompagnement des faisant fonctions de cadre sont autant de sujets, qui intéressent particulièrement le DS-CGS. Si la DRH pilote bon nombre de ces travaux, la direction des soins participe de fait, au déploiement des actions sur le terrain auprès du personnel d'encadrement. De plus, appliquer des règles identiques en matière de gestion des ressources humaines a un impact certain sur le sentiment d'appartenance et la cohésion des professionnels. Chaque agent peut ainsi s'identifier en tant que professionnel appartenant à ce groupe. Par ailleurs, il nous apparaît pertinent de faciliter les possibilités d'évolution professionnelle, qui s'offrent aux agents de ce groupe hospitalier. Ainsi, la publication de postes vacants peut être déployée sur l'ensemble des établissements. Il n'est pas ici question d'imposer ces échanges mais bien de prôner le volontariat. Ainsi, cette ouverture permet de répondre au maintien et au développement des compétences. Le DS-CGS peut alors s'appuyer sur l'encadrement de proximité, afin de recueillir les souhaits de promotion professionnelle ou de mobilité et favoriser les mutations inter-établissements.

Concernant le projet de soins de la direction commune, il nous paraît pertinent de modifier son appellation. En effet, selon l'expérience d'un DS coordonnant des structures sanitaires et médico-sociales, le terme « soin » véhicule une connotation trop sanitaire pour les professionnels exerçant en EHPAD. Aussi, afin de prendre en compte la spécificité des deux secteurs, nous proposons de parler de projet de prise en charge de l'usager sanitaire et médico-social, comportant deux volets : un projet de soins et un projet de vie. Ce dernier aurait pour objectif de diffuser une politique portant la même dénomination. Les axes prioritaires de ce projet sont à définir en s'appuyant notamment sur les cadres référents des divers établissements. Chaque structure sanitaire est dotée

d'une CSIRMT, qui contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet. Si la présidence est assurée par le DS-CGS, nous suggérons, que le CS ou CSS référent de chaque établissement soit impliqué dans l'animation de ces commissions et la déclinaison opérationnelle du projet, le nombre d'établissements devenant une contrainte pour le DS-CGS. Concernant les structures médico-sociales, nous proposons que soit créée une commission « inter-EHPAD », afin de déployer la politique prenant en compte la culture singulière médico-sociale. Une fois encore, notre postulat repose sur l'intérêt de réflexions communes identifiées et partagées par les professionnels d'un même secteur d'activité. Pour autant, des rencontres transversales doivent aussi être instituées. A ce titre, prenons l'exemple de la démarche éthique. Il nous paraît bénéfique d'organiser trois fois par an des temps de réflexion spécifiques à chaque secteur, les attentes des professionnels étant différentes. Cependant, afin de partager les expériences des uns et des autres, il est nécessaire d'organiser des journées thématiques, ouvrant un débat autour des travaux respectivement menés. Notre intention est dans un premier temps d'apporter des réponses face à des situations spécifiques rencontrées sur le terrain, puis d'échanger secondairement lors de séances plénières ouvertes aux professionnels du groupe.

Les démarches qualité et de gestion des risques gagnent également à être partagées. Par ailleurs, un plan de formation construit au sein du groupe hospitalier public sanitaire et médico-social offre non seulement des perspectives de développement des compétences, mais également des opportunités de rencontres et de partages pour les agents de ce groupe. Nous mesurons la plus value pour les structures de petite taille, qui accèdent à des compétences spécifiques. Les établissements sanitaires sont assurément aussi gagnants en bénéficiant de connaissances spécifiques relevant du domaine gériatrique.

Cependant, les travaux issus de ce mode de coopération ne peuvent se soustraire d'une étape importante : l'évaluation, une phase indispensable associée à tout projet. Il s'agit de mesurer l'atteinte des objectifs définis, ainsi que l'efficacité du travail collectif. La satisfaction des professionnels doit aussi être évaluée, elle représente un indicateur pertinent : un baromètre significatif de l'adhésion des professionnels. Ces travaux de groupe deviennent les leviers, qui permettent aux agents d'échanger des connaissances et de « *produire du lien social*⁹¹ ». N. Alter nous dit que « *la nature du lien constitue le ferment d'une identité que les sociologues nomment « collectif de travail », c'est-à-dire un être collectif, suffisamment cohésif pour produire une culture spécifique et congruente* »⁹². C'est pourquoi, l'émergence d'une culture commune résonne en nous comme le résultat d'un travail collectif coordonné et efficace.

⁹¹ ALTER N., « *Donner et prendre, la coopération en entreprise* », *op.cit.*, p. 135.

⁹² *Ibid.*, p. 132.

Conclusion

L'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur devient une évidence. Les restrictions budgétaires, le vieillissement de la population et le développement des pathologies chroniques se conjuguent avec la raréfaction des moyens et des ressources humaines, notamment en matière de démographie médicale. L'égal accès à des soins de qualité nécessite de repenser l'organisation en construisant des parcours de santé, où les secteurs sanitaire, social et médico-social doivent s'harmoniser et s'inscrire dans la complémentarité. Les coopérations sont de mise, la création d'un groupe hospitalier public sanitaire et médico-social s'intègre dans ce dispositif issu du terrain et reposant sur le principe d'une direction commune délégative.

Notre questionnement de départ interrogeait la stratégie mise en œuvre afin de parvenir à une cohésion des professionnels appartenant à des cultures différentes. Nous affirmons que la création de ce groupe hospitalier repose sur une démarche anticipée et basée sur une approche relationnelle forte intégrant autonomie et responsabilisation. Un climat de confiance, des enjeux partagés conduisent les équipes dirigeantes à s'orienter vers ce type de coopération conventionnel. Cette stratégie existe, elle s'inscrit dans le temps, un temps nécessaire à l'appropriation du changement. Cette stratégie repose également sur le leadership du directeur général et sur l'engagement des équipes de direction à travers une charte affichant des valeurs partagées. Elle organise des relais sur le terrain, en impliquant précocement le personnel d'encadrement par le biais de travaux fédérateurs. Enfin, cette stratégie s'appuie sur une coordination, qui permet de diffuser une politique de prise en charge de l'utilisateur sanitaire et médico-social respectueuse des cultures singulières de chaque secteur d'activité : une mission propre relevant d'une direction des soins commune et unique.

M.A. Bloch et L. Hénaut nous disent que « *derrière toutes ces stratégies d'ouverture et de coopération* » et « *ces projets d'établissement* », *il y a des hommes et des femmes qui travaillent à les concevoir et à les mettre en œuvre* »⁹³. De plus, les auteurs qualifient les directeurs des soins de « champions organisationnels », cherchant à créer au sein de leur établissement, et en dehors, de nouveaux modes de management. Ils accordent au DS cette « *capacité à naviguer [...] autrement dit à établir des connexions pertinentes entre les attentes des usagers, les pratiques des professionnels en présence, les coûts des services et les moyens disponibles* »⁹⁴. Selon les auteurs, « *la capacité de réflexion du DS*

⁹³ BLOCH M.A., HÉNAUT L., « *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* », *op.cit.* p. 254.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 260.

le conduit à prendre soin de l'organisation, et notamment du personnel soignant, par une série d'actions »⁹⁵. C'est dans cet objectif, que le DS coordonne la mise en œuvre de projets fédérateurs conviant les cadres supérieurs ou les cadres référents des structures sanitaires et médico-sociales à coopérer. Une démarche d'accompagnement complète le pilotage stratégique défini en équipe de direction, conformément aux liens fonctionnels accordés au DS-CGS à l'égard du personnel d'encadrement des structures rattachées.

Les interactions, les relations professionnelles instaurées, ainsi que la satisfaction largement exprimée par les cadres, contribuent au développement d'un sentiment d'appartenance. Pour autant, la seule expérience des cadres, porteurs d'un message prônant l'intérêt des coopérations, ne peut suffire à la construction d'une culture commune. Nous proposons d'impliquer également d'une manière concrète les professionnels de terrain dans des temps d'échanges et de partage. En effet, selon N. Alter « *le management doit prendre en compte [...] les échanges sociaux* », qui « *représentent une richesse telle qu'il faut accepter que les salariés en consomment une partie au bénéfice de leur identité collective* »⁹⁶. De plus, le lancement de ces groupes de travail doit aussi tenir compte de la spécificité et de la cohérence des sujets traités. La réflexion éthique et la démarche qualité et de gestion des risques représentent des axes de travail pertinents fédérant les professionnels dans leurs pratiques. Concernant le projet de soins, nous pensons qu'il est judicieux de le conjuguer au projet de vie, afin de constituer une entité commune et transversale : un projet de prise en charge des usagers sanitaires et médico-sociaux. Ainsi, une attention singulière est apportée à tout usager, quel que soit le lieu de prise en charge. Quant aux professionnels, donnons-leur les moyens de s'approprier les nouvelles pratiques et surtout d'être en mesure de donner un sens au changement lié à leur intégration dans un groupe hospitalier public. Nous venons de décrire le processus de construction d'une direction commune, qui s'appuie sur un plan de communication rigoureux. Cette approche globale conduit ainsi progressivement les professionnels à coopérer et à développer une culture commune.

Lors de nos échanges avec le DRH d'une autre direction commune, nous avons noté que ce mode de direction n'est pas unique. Deux autres modèles ont été évoqués : un mode déléгатif mais peu coopératif ou encore, un mode intégratif précurseur d'une fusion. Ce travail de recherche pourrait ainsi être complété par une analyse comparative de ces différents modèles. En effet, les coopérations restent d'actualité. Les complémentarités et les partages de ressources et de moyens représentent des enjeux certains. Nous nous interrogeons sur la pertinence de voir converger les directions communes et les

⁹⁵ BLOCH M.A., HENAUT L., « *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* », *op.cit.*, p. 264.

⁹⁶ ALTER N., « *Donner et prendre, la coopération en entreprise* », *op.cit.*, p. 224.

communautés hospitalières de territoire. Il nous paraît inévitable que les équipes de direction et les professionnels médicaux co-construisent sur un territoire une offre de soins adaptée et ajustée aux besoins d'une population.

Un projet de territoire regroupant les volets médical, social, soignant, logistique et administratifs ne représenterait-il pas une réponse aux attentes de tous : usagers, professionnels, élus et pouvoirs publics ?

Les GHT annoncés dans la future Loi de santé publique, que Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a présentée en Conseil des ministres le 15 octobre 2014, ne laissent-ils pas présager d'une telle orientation ?

« Un hôpital, c'est d'abord un projet médical au service de la population. Les hôpitaux publics vivent sur des territoires ; ils doivent donc travailler ensemble, se coordonner. C'est ce que permettra cette loi en créant les groupements hospitaliers de territoire »⁹⁷.

⁹⁷ Extrait de l'intervention de Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, lors de la présentation du projet de loi de santé au Conseil des Ministres, le 15 octobre 2014.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JO du 3 janvier 1971, 0067.
- Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, JO du 1^{er} juillet 1975.
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JO n°179 du 2 août 1991, 10255.
- Loi n°99-641 portant création de la couverture maladie universelle. Journal officiel, 28 juillet 1999.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTE, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et au territoire, JO du 22 juillet 2009.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Décret n°2013-609 du 10 juillet 2013 modifiant le décret n°2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et le décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, JO du 12 juillet 2013.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE, Décret n°2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- MINISTRE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JO n°0227 du 30 septembre 2010.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JO n°98 du 25 avril 1996, 6324.

OUVRAGES

- ALTER N., 2010, « *Donner et prendre, la coopération en entreprise* ». Paris : La découverte, 232 p.
- ALTER N., 2012, « *Sociologie du monde du travail* ». Paris : Presses Universitaires de France, 2^{ème} édition, 362 p.
- BERNOUX P., 2005, « *Sociologie des organisations* ». Paris : Editions du seuil, 2^{ème} édition, 304 p.
- BERNOUX P., 2010, « *Sociologie du changement dans les organisations et les entreprises* ». Paris : Editions du seuil, 2^{ème} édition, 368 p.
- BLOCH M.A., HENAUT L., 2014, « *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* ». Paris : Dunod, 309 p.
- BOURRET P., 2011, « *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible* ». Paris : Seli Arslan, 288 p.
- CALMES G., SEGADE J.P., LEFRANC L., 1998, « *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité* ». Paris : Masson, 170 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1992, « *L'acteur et le système* ». Paris : Editions du seuil, 3^{ème} édition, 500 p.
- DUPON M., BERGOIGNAN-ESPER C., PAIRE C., 2011, « *Droit hospitalier* ». Paris : Cours Dallos, 8^{ème} Edition, 962 p.
- GONNET F., 1992, « *L'hôpital en question, un diagnostic pour améliorer les relations de travail* ». Paris : Lamarre, 359 p.
- HONTEBEYRIE-SOULIE C., PONCHON F., 2011, « *L'utilisateur et le monde hospitalier* ». Rennes : Presses de l'EHESP, 5^{ème} édition, 239 p.
- KAUFMANN J.C., 2013, « *L'enquête et ses méthodes. L'entretien compréhensif* ». Paris : Armand Colin, 2^{ème} Edition, 126 p.
- LANDRIEUX-KARTOCHIAN S., 2013, « *Théorie des organisations* ». Paris : Gualino Lextenso éditions, 181 p.
- LE BOTERF G., 2008, « *Travailler efficacement en réseau. Une compétence collective* ». Paris : Editions d'organisation, 2^{ème} édition, 166 p.
- PAUL M., 2004, « *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique* ». Paris : L'harmattan, 352 p.
- PLANE J.M., 2012, « *Théorie et management des organisations* ». Paris : Dunod, 3^{ème} édition, 291 p.

- SAINSAULIEU I., 2007, « *L'hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité* ». Paris : Belin, 267 p.
- SAINSAULIEU R., 1993, « *L'identité au travail* ». Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 3^{ème} édition, 476 p.
- WIEL G., LEVESQUE G., 2009, « *Penser et pratiquer l'accompagnement. Accompagnement et modernité* ». Lyon : Chronique Sociale, 111 p.

REVUES

- EVERAERE C., 2001, *l'autonomie dans le travail : portée et limites*, Revue française de gestion n°14, p. 15-26.
- MORIN E., 2001, *Peut-on concevoir une science de l'autonomie ?* Cahiers de sociologie, Vol LXXI, p.257-265.

RAPPORTS

- COUTY E., Mars 2013, « *Le pacte de confiance pour l'hôpital* ». Synthèse des travaux. 76 p.
- DEVICTOR B., 2014, « *Le service public territorial de santé (SPTS), le service public hospitalier (SPH), Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé* ». 209 p.

REFERENTIELS

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2010, *Référentiel métier des directeurs des soins*, Rennes : Presse de l'EHESP, 53 p.
- Guide méthodologique des coopérations territoriales. Formes juridiques, ANAP, DGOS, Volume 2, 2011, 57 p.

MEMOIRES

- EPISSE C., 2007, *La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux*, Mémoire de directeur d'établissement sanitaire et social public : EHESP
- JOYAU M., 2008, *Le rôle du directeur des soins dans la collaboration effective des personnels soignants en établissements hospitaliers publics et privés*, Mémoire de Directeur des soins : EHESP 36 p.

CONGRES – CONFERENCES

- « *De l'hôpital au territoire ... pour un parcours de vie* », 12^{ème} Journées d'Etudes de l'Association Française des Directeurs de Soins (AFDS) : 1, 2 et 3 octobre 2014, Nancy

SITES INTERNET

- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de la femme, <http://sante.gouv.fr>
- HOSPIMEDIA, « *Le service public territorial pourrait provoquer un « choc de coopération » entre acteurs de santé* », avril 2014, <http://hospimedia.fr>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

ANNEXE 2 : Liste des personnes enquêtées et des supports de communication consultés

ANNEXE 3 : Liste des thèmes de la grille d'entretien

ANNEXE 4 : Modélisation de la construction d'une direction commune fédérative basée sur le principe de la délégation

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Thématiques abordées

- La définition de la direction commune
- L'histoire de la direction commune
- Les enjeux d'une direction commune (pour le territoire, les établissements, les professionnels, les usagers)
- Les freins rencontrés lors de la mise en œuvre de cette direction commune
- Les leviers à disposition
- Les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de cette direction commune
- Les stratégies développées lors de la mise en œuvre de cette direction commune
- Les projets de la direction commune
- Les acteurs de la direction commune : rôle, missions, niveau d'implication, niveau d'adhésion
- Le devenir de la direction commune

Questions principales et de relance (+/- variantes)

1. Comment définissez-vous une direction commune ?
 - a. Quelle est l'histoire de cette direction commune ?
 - b. Citer 3 mots que vous associez à la direction commune ?
 - c. Dans quelles circonstances a été initiée cette direction commune ?

2. Comment s'est organisée l'entrée de votre établissement dans la direction commune ?
 - a. A quel moment est entré votre établissement dans la direction commune ?
 - b. Comment l'avez-vous appris ?
 - c. Quels ont été les préalables (sollicitation, injonction, initiative) ?
 - d. Comment s'est faite l'annonce auprès des élus, des professionnels ?
 - e. Quelles ont été les réactions des professionnels ?

3. Selon vous, existe-t-il des enjeux à initier une direction commune sur un territoire de santé, si oui lesquels ?
 - a. Pourquoi initier une direction commune au sein d'un territoire ?
 - b. Que vous apporte aujourd'hui cette direction commune ?
 - c. Quelle est la plus value d'être dans une direction commune ?
 - d. Quelle est la plus value pour l'utilisateur d'avoir un groupe hospitalier public sur son territoire de vie ?

4. Quelles ont été les stratégies adoptées lors de la mise en œuvre de cette direction commune ?

- a. Quels ont les outils de cette coopération au sein d'une direction commune ?
5. Existe-t-il des leviers facilitant l'entrée d'un établissement dans la direction commune ?
 - a. Existe-t-il des travaux, des projets mis en œuvre au nom de la direction commune ?
 - b. Etes-vous impliqué dans des projets de la direction commune ?
 6. Existe-t-il des freins à prendre en compte lors de la mise en œuvre d'une direction commune ?
 7. Avez-vous rencontré des difficultés, si oui lesquelles ?
 - a. Comment vous avez-géré ces difficultés ?
 8. Quels sont les acteurs qui ont été impliqués dans la mise en œuvre ?
 - a. Quelle place pour la direction des soins ?
 - b. Quel rôle pour les cadres ?
 - c. Quelle implication des professionnels de terrain ?
 9. Quel est le niveau d'adhésion de votre établissement dans cette direction commune ?
 - a. Connaissez-vous le nom et le logo de ce groupe hospitalier ?
 - b. Pensez-vous que l'on puisse parler de culture commune ?
 - c. Quel avenir, quelle évolution de cette direction commune et de l'adhésion de votre établissement ?
 - d. Quel est votre niveau d'adhésion entre 1 et 10, sachant que 1 est la cotation la plus faible ?

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES ENQUETEES ET DES SUPPORTS DE COMMUNICATION DU GROUPE HOSPITALIER PUBLIC SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL

A) Entretiens exploratoires

Fonction	Etablissement	Date de l'entretien
Directeur des affaires financières et de la coopération	CH 1 (Etablissement de référence)	17/02/2014
Cadre supérieur de santé, service médico-technique (poste partagé)	CH 1 et CH 2	18/02/2014
Cadre supérieur de santé, pôle de psychiatrie	CH 1	27/02/2014
Président de la commission médicale d'établissement	CH 1	24/02/2014

B) Consultation des supports de communication du groupe hospitalier public sanitaire et médico-social

- La charte de la direction commune – annexe à la convention de direction commune
- Le projet de gestion des ressources humaines au sein de la direction commune
- La direction des soins dans le cadre de la direction commune (23/01/2013)
- Le projet de direction commune, note de cadrage (version juin 2014)
- Des fiches actions relevant du projet de soins intégré dans le projet de direction commune :
 - Politique d'encadrement et d'accompagnement des cadres
 - Politique d'accueil des stagiaires et étudiants
 - Politique d'intégration des nouveaux arrivants
 - Prise en charge de la douleur
 - Prévention et prise en charge des troubles nutritionnels
- Plusieurs comptes-rendus de réunions de travail de la direction commune de mai 2013 à juin 2014
- Charte graphique et logo du groupe hospitalier

C) Entretiens semi-directifs sur la base du guide d'entretien

Fonction	Etablissement	Date de l'entretien
Directeur Général	Groupe hospitalier public	04/06/014
Directeur des ressources humaines et des affaires médicales	Groupe hospitalier public	04/07/2014
Directeur des soins, coordonnateur général des soins	Groupe hospitalier public	04/06/2014
Directeur des soins (temps partagé)	CH 1 - CH 2	17/07/2014
Directeur adjoint	CH 2	14/08/2014
Directeur adjoint	CH 3 - EHPAD 3	04/07/2014
Directeur adjoint	CH 4 - EHPAD 4	05/06/2014
Cadre supérieur de santé	CH 2	17/07/2014
Cadre de santé faisant fonction CSS	CH 3	12/06/2014
Cadre supérieur de santé	CH 4	11/06/2014
FF Cadre de santé	CH 4 et EHPAD 4	10/06/2014
FF Cadre de santé	EHPAD 2	10/06/2014
Infirmière	CH 3	08/09/2014
Aide soignant	CH 3	08/09/2014
Agent des services hospitaliers	CH 3	08/09/2014
Infirmière	CH 4	04/09/2014
Aide soignante	CH 4	04/09/2014
Infirmière	CH 2	17/09/2014
Directeur des soins	Autre direction commune Autre région	07/10/2014
Directeur des ressources humaines	Autre direction commune Autre région	16/09/2014

D) Récapitulatif des personnes auditées en entretien exploratoire ou en entretien de recherche

Fonction	Nombre d'entretiens
Directeur Général	1
Directeur des ressources humaines et des affaires médicales	2
Directeur des soins, coordonnateur général des soins	1
Directeur des soins	2
Directeur fonctionnel CH de référence	1
Directeur adjoint	4
Président de CME	1
CSS et CS (y compris faisant fonction), positionnés en tant que cadre intermédiaire référent dans l'ETS	7
Paramédicaux	6
TOTAL	25

ANNEXE 3 : GRILLE D'ANALYSE

Grille d'analyse primaire

- Les modalités d'entrée dans la direction commune
- Les opportunités à saisir
- L'environnement
- L'offre de soins sur le territoire
- L'attractivité des professionnels
- Les enjeux (établissements, professionnels, usagers)
- Les leviers facilitant la mise en œuvre de la direction commune
- Les freins à la mise en œuvre
- Les difficultés à surmonter
- La construction de la direction commune : 3 phases (préparation, structuration, projection)
- Les travaux fédérateurs
- Les signes d'appartenance
- Les projets communs
- Les outils à disposition
- L'implication des acteurs
- Le rapprochement des cultures entre les secteurs sanitaire et médico-social
- Le rôle du directeur des soins, coordonnateur générale des soins

Grille d'analyse catégorielle

- Impact du contexte (diagramme de SWOT)
- Processus de construction d'une direction commune
- Acteurs clés de la cohésion
- Rôle du directeur des soins, coordonnateur général des soins au sein d'une direction commune

ANNEXE 4 : Modélisation de la construction d'une direction commune fédérative basée sur le principe de la délégation

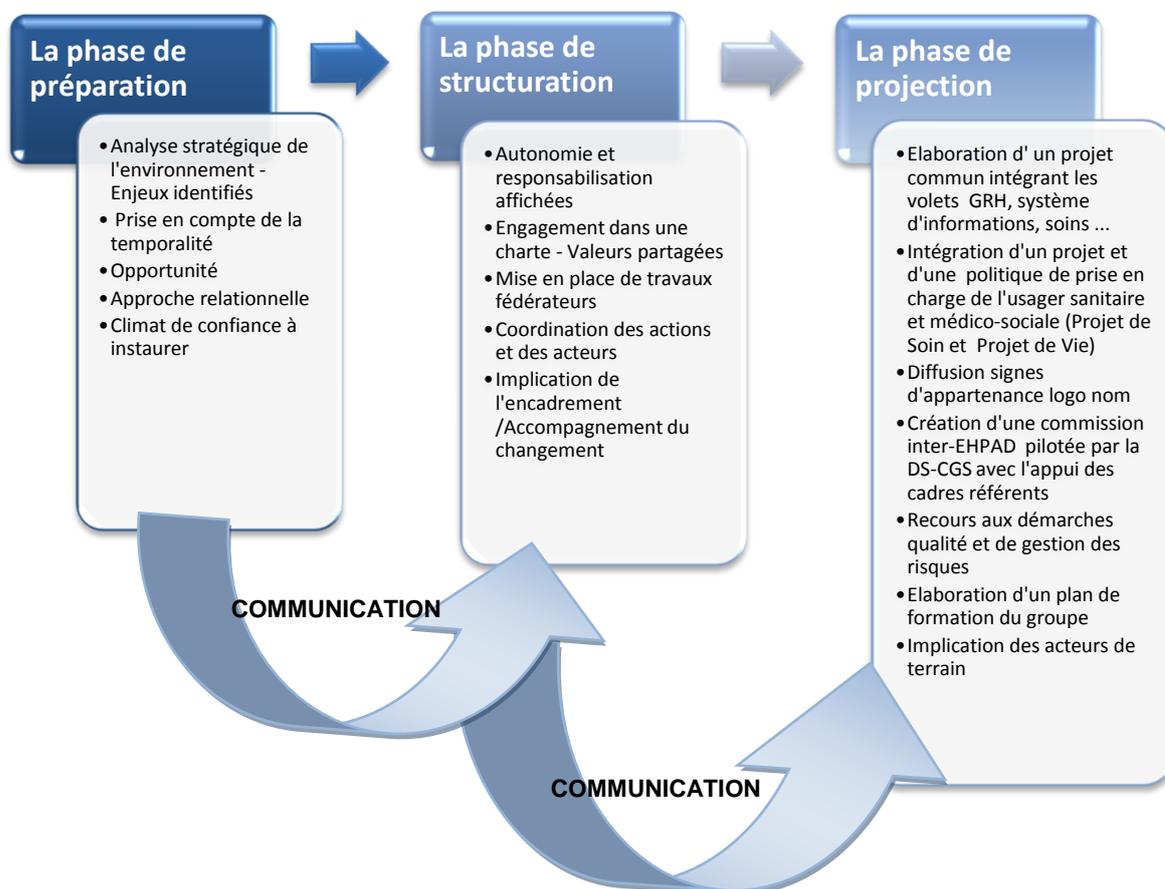


Figure 4 : Processus de construction d'une direction commune fédérative basée sur le principe de la délégation

GILLET

Christine

Décembre 2014

Directeur des soins

Promotion 2014

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

Résumé :

La loi n°75-535 du 30 juin 1975 a consacré la rupture entre les secteurs sanitaire et médico-social. Près de 30 ans plus tard, les dispositifs réglementaires se succèdent afin de rapprocher les centres hospitaliers et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Notre système de santé est confronté à de multiples enjeux liés au vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques. De plus, la démographie médicale défailante sur certains bassins de vie conduit à repenser le maillage territorial de l'offre de soins, ceci afin de garantir à tout usager un égal accès à des soins de qualité et en toute sécurité.

Dans ce contexte, la loi « Hôpital, Patients, Santé, et Territoires » du 21 juillet 2009, réaffirme ce nécessaire rapprochement entre les établissements de santé via des dispositifs de coopération, tels les groupements de coopération ou encore les communautés hospitalières de territoire. Pour autant, c'est dans un cadre cette fois peu réglementé, que se développe en parallèle un mode de coopération conventionnel : la direction commune.

Ce travail de recherche s'intéresse à la stratégie mise en œuvre lors de la construction d'un groupe hospitalier public sanitaire et médico-social. Une démarche fédérative édictée selon une approche relationnelle basée sur l'autonomie et la responsabilisation, convie les acteurs à innover dans cette formule consacrée au « travailler ensemble ». La cohésion des professionnels appartenant à des cultures différentes est questionnée. Elle nous rappelle que les coopérations imposent la mise en œuvre d'une coordination attentive à la qualité de la prise en charge de l'usager et au parcours de santé proposé : un rôle et des missions attendus du directeur des soins.

Mots clés :

Cohésion – Coordination – Coopération – Directeur des soins – Direction commune – Groupe hospitalier – Médico-social – Sanitaire – Stratégie – Territoire – Usager.

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.