



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

---

**Le rôle du Coordonnateur Général des  
Soins dans le développement de  
coopérations au sein des  
Communautés Hospitalières de  
Territoire**

---

**Nicolas PALENI**

---

# Remerciements

---

Nous tenons tout d'abord à remercier l'ensemble des professionnels interviewés dans le cadre de ce travail pour leur disponibilité, leur accueil et leurs témoignages.

Nos remerciements vont également à nos collègues pour la richesse de nos échanges, pour leurs conseils et leur soutien.

Et un merci particulier à Michèle, notamment pour la relecture de ce mémoire.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Les processus de coopération au sein des CHT</b> .....	<b>5</b>
1.1 <i>Le développement des coopérations</i> .....	5
1.1.1 <b>La coopération comme partenariat intégré entre des acteurs</b> .....	5
1.1.2 <b>La coopération en tant que processus de changement</b> .....	7
1.2 <i>Un développement des CHT impactant les directions des soins</i> .....	11
1.2.1 <b>La place de la CHT dans les dispositifs de coopération</b> .....	11
1.2.2 <b>Les dimensions de projet et de structure</b> .....	13
1.3 <i>Méthodologie</i> .....	16
<b>2 Exploration sur le terrain</b> .....	<b>19</b>
2.1 <i>Le contexte de l'enquête</i> .....	19
2.1.1 <b>La mise en place de la CHT en direction commune</b> .....	19
2.1.2 <b>Le projet communautaire 2012-2015</b> .....	21
2.1.3 <b>Les personnes interviewées</b> .....	22
2.2 <i>Différentes formes de coopération dans une phase de transition</i> .....	23
2.2.1 <b>Entre intérêts communs et intérêts d'établissements</b> .....	23
2.2.2 <b>Une coopération en phase de transition</b> .....	27
2.3 <i>Une démarche à consolider progressivement</i> .....	30
2.3.1 <b>La contribution au développement des projets</b> .....	30
2.3.2 <b>La structure de la direction des soins</b> .....	32
<b>3 Préconisations</b> .....	<b>37</b>
3.1 <i>Structurer une démarche projet</i> .....	37
3.1.1 <b>Contribuer au pilotage de la démarche</b> .....	37
3.1.2 <b>Développer un projet communautaire pertinent</b> .....	38
3.2 <i>Déployer la démarche au niveau des pôles et structures internes</i> .....	40
3.2.1 <b>Favoriser l'appropriation de la démarche par les professionnels</b> .....	40
3.2.2 <b>Développer les coopérations par filières</b> .....	42
3.2.3 <b>Intégrer les actions dans un projet de soins ou médico-soignant de CHT</b> .....	43
3.3 <i>Envisager des mutualisations de structures</i> .....	44
3.3.1 <b>La coordination générale des soins</b> .....	44
3.3.2 <b>Les autres structures</b> .....	45
<b>Conclusion</b> .....	<b>47</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>51</b>
<b>Liste des annexes</b> .....	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH	: Attaché d'Administration Hospitalière
ARS	: Agence Régionale de Santé
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
CGS	: Coordonnateur Général des Soins
CS	: Cadre de Santé
CSSP	: Cadre Supérieur de Santé de Pôle
CE	: Conseil Exécutif
CH	: Centre Hospitalier
CHT	: Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CME	: Commission Médicale d'Etablissement
CPOM	: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSIRMT	: Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CTE	: Comité Technique d'Etablissement
DGCHT	: Directeur Général de la Communauté Hospitalière de Territoire
DPC	: Développement Personnel Continu
DIM	: Département d'Information Médicale
DS	: Directeur des Soins
EHPAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPRD	: Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
GCS	: Groupement de Coopération Sanitaire
GHT	: Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC	: Gestion Prévisionnelle de Métiers et des Compétences
GIP	: Groupement d'Intérêt Public
GIE	: Groupement d'Intérêt Economique
HPST	: Hôpital Patient Santé et Territoires
MCO	: Médecine Chirurgie Obstétrique
PRS	: Projet Régional de Santé
PUI	: Pharmacie à Usage Intérieur
PCME	: Président de la Commission Médicale d'Etablissement
SAMU	: Service d'Aide Médicale Urgente
SIH	: Système d'Information Hospitalier
SSR	: Soins de Suite et de Réadaptation
UCC	: Unité Cognitivo-Comportementale

## Introduction

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires<sup>1</sup> a défini dans son titre IV les modalités d'organisation de la prise en charge des patients sur les territoires. L'objectif est d'offrir aux patients des parcours de prise en charge transversaux et coordonnés définis de manière plus décentralisée afin de mieux répondre aux besoins des patients. Plusieurs modalités permettent de répondre à ces objectifs : les Agences Régionales de Santé (ARS) ont été constituées avec comme mission essentielle les « *déclinaison et mise en œuvre régionale de la politique nationale de santé, afin de veiller à la gestion efficiente du dispositif sanitaire, social et médico-social* »<sup>2</sup>. Il leur a été attribué pour cela un champ de compétences élargi dans le secteur sanitaire et dans le secteur médico-social. De nouveaux outils ont été créés pour favoriser ces actions de territoire. Ainsi, le titre I de cette même loi, prévoit la possibilité pour les établissements publics de santé de constituer des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), structures de coopérations fonctionnelles ne disposant pas de personnalité morale. Ces CHT, créées sur la base du volontariat, ont pour objet de développer des coopérations entre les établissements contractants. La définition d'une offre de soins fondée sur les besoins des populations et la contribution à une prise en charge coordonnée des patients sur le territoire constitue une priorité. Il s'agit ainsi de développer une stratégie commune pour passer de prises en charge successives par établissement à un réel parcours de soins fondé sur les besoins de la population.

Lors de notre premier stage de formation, nous avons pu observer le fonctionnement d'une CHT constituée depuis 2011 entre trois établissements s'articulant autour d'un Centre Hospitalier (CH) de référence. Cette CHT développe une filière chirurgicale d'amont avec l'un des CH partenaire et des filières médicales et gériatriques d'aval avec l'autre. La politique de CHT est soutenue par un projet stratégique de CHT et un projet médical de CHT est en construction. Un chef d'établissement commun aux trois CH pilote cette structure. Les deux CH les plus importants disposent chacun d'un Coordonnateur Général des Soins (CGS) et le troisième d'une cadre supérieure de santé faisant fonction de CGS. La directrice de la CHT demande aujourd'hui que soit élargie la mise en commun de ressources et que chaque projet intègre une base commune de CHT. Cela aboutit pour les CGS à une réflexion sur une politique de soins commune. Elle s'appuie sur le travail

---

<sup>1</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel de la république française n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184.

<sup>2</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, septembre 2009, "Hôpital, patients, santé, territoires". Une loi à la croisée de nombreuses attentes. Paris, p.40

concernant les filières de prise en charge et sur les échanges associés pour élaborer un socle commun dans les projets de soins, étudier les possibilités de mutualisations et partager sur les cultures respectives. Ce thème nous a semblé intéressant à étudier car il concerne à la fois la dimension stratégique de la fonction de directeur des soins par la participation à la réorganisation de l'offre de soins de territoire mais aussi la dimension d'organisation et d'opérationnalité par la mise en place pratique de filières de soins et la coopération de terrain.

Le développement des CHT n'est pas sans conséquence sur les Directeurs des Soins (DS) qui doivent s'interroger sur leur rôle à la fois stratégique, organisationnel et opérationnel. Le référentiel métier des directeurs des soins confirme bien les activités des DS sur ces trois axes en expliquant que le DS « *participe au positionnement stratégique de l'établissement sur le territoire et aux coopérations entre établissements (...), conçoit la politique de soins en cohérence avec les besoins des territoires (...), s'assure de la mise en œuvre opérationnelle du projet de soins dans les pôles et de son évaluation* »<sup>3</sup>. Dans leur mission stratégique, les CGS sont concernés en tant que membre du Directoire par la définition du projet de coopération et les liens entre les instances des différents établissements. En tant que responsable de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et MédicoTechniques (CSIRMT) et responsable de la conception et la mise en œuvre du projet de soins, le CGS intègre les besoins du territoire de santé et veille à la cohérence du parcours de soin des patients. Au niveau de l'équipe de direction, une interrogation peut porter sur l'intérêt d'une mutualisation de la coordination des soins ou d'une partie de l'encadrement paramédical pour favoriser un esprit de territoire. Ces questions sont d'autant plus prégnantes dans un contexte où le positionnement des DS et l'organisation de leur direction ont déjà été réinterrogés par la mise en place du directoire et de l'organisation en pôles d'activités. Le développement des CHT en directions communes bouleverse profondément les fonctionnements des établissements de santé. Par une contribution efficace, le CGS pourrait réaffirmer son positionnement à la fois stratégique et opérationnel dans l'organisation. Ce défi s'est jusqu'à maintenant présenté pour quelques-uns d'entre eux. Le projet de loi santé prévoit aujourd'hui de remplacer les CHT par des Groupement Hospitaliers de Territoire (GHT) qui eux seront obligatoires pour les établissements de santé. Ce sont donc bien l'ensemble des CGS qui auront demain à s'interroger sur leur rôle dans les coopérations inter hospitalières de territoire.

L'importance donnée aux coopérations de territoire par la loi HSPT et renforcée par le projet de loi de santé impacte la stratégie, l'organisation et la structuration des établissements de soins. Nous pouvons alors nous questionner sur le positionnement du CGS dans cette

---

<sup>3</sup> DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS – CENTRE NATIONAL DE GESTION, « *Référentiel métier de Directeur(trice) des soins* », mars 2010, p.5

évolution et sur son rôle dans le développement des coopérations tant au niveau stratégique qu'au niveau organisationnel et opérationnel.

Cela nous conduit à notre question centrale :

**Quel est le rôle du Coordonnateur Général des Soins dans le développement de coopérations au sein des Communautés Hospitalières de Territoires ?**

Cette question centrale est étudiée suivant différents axes qui orientent la question de recherche :

- L'axe parcours patient : Quelle organisation et pilotage de filières pour une prise en charge de territoire ?
- L'axe inter établissement : Comment organiser et favoriser le travail en commun des CGS, des cadres paramédicaux coordonnateurs des pôles et des cadres paramédicaux de structures internes ?
- L'axe structurel : Une coordination générale des soins de CHT peut-elle favoriser la coopération de CHT ? Quels champs possibles pour la mutualisation des directions, des instances et des structures polaires ?
- L'axe pluri professionnel : Quelle place pour des projets médico-soignant de CHT ?
- L'axe sociologique : Quelles dynamiques se développent pour la mise en place des coopérations ? Quels freins apparaissent et comment les éviter ?

Afin d'apporter des éléments de réponse à nos question, nous avons mené une enquête de terrain sur une CHT en direction unique constituée en 2009 et réunissant trois CH. Cette enquête a été réalisée auprès du Directeur Général de la CHT (DGCHT), des Présidents des Commission Médicales d'Etablissement (PCME), des CGS et de cadres coordonnateurs de pôles afin d'obtenir une vision des niveaux stratégiques et des niveaux opérationnels de la chaine managériale de la CHT.

Dans une première partie, nous étudierons le concept de coopération en tant que processus de changement modifiant les relations entre les acteurs et nécessitant une acculturation. Nous verrons aussi la place des CHT dans les dispositifs de coopération et l'impact de leurs dimensions à la fois de projets mais aussi de structure sur les directions des soins. Nous analyserons en deuxième partie les entretiens réalisés auprès des acteurs de la CHT après avoir situé l'enquête dans son contexte et décrit les profils des personnes enquêtées. Cette analyse en lien avec les concepts portera tout d'abord sur les actions menées puis sur les attentes et les visions à venir des acteurs. Pour finir, nous proposerons des préconisations pour un CGS contribuant activement au développement des coopérations en CHT dans une vision de démarche projet.

# 1 Les processus de coopération au sein des CHT

## 1.1 Le développement des coopérations

Le développement des coopérations, au sens de partenariats entre des acteurs individuels ou collectifs, modifie le système de représentations et de relations dans l'organisation au cours d'un processus de changement. Celui-ci nécessite l'adhésion de chacun.

### 1.1.1 La coopération comme partenariat intégré entre des acteurs

La coopération est la construction d'un projet collectif incluant un partage de représentations et un développement de partenariats visant à atteindre des objectifs commun ou complémentaires. Elle modifie les relations sociales de l'organisation par la remise en cause des cultures et identités des acteurs engagés.

#### A) La coopération et ses différentes formes

Selon le dictionnaire culturel en langue française<sup>4</sup>, le mot coopération est issu du latin *coopératio* signifiant « part prise à une œuvre en commun ». Le terme « en commun » est essentiel à la définition de la coopération. Il la différencie de la coordination, mot issu du latin *coordinatio* signifiant arrangement. Il ne s'agira pas donc pas dans le cadre d'une coopération entre des organisations, d'agencer au mieux leurs activités et leurs organisations mais bien de travailler à l'élaboration un projet commun.

Stéphanie DAMERON distingue deux conceptions de la coopération qui sont la coopération complémentaire et la coopération communautaire et qui, loin de s'exclure, coexistent à des niveaux évoluant dans le temps. Elle décrit la coopération complémentaire comme un moyen pour chacun d'atteindre ses objectifs particuliers par la mise en commun de ressources et de savoirs : « [cette] première forme de coopération est fondée sur la différenciation des individus et la recherche de ressources complémentaires. Elle se développe suivant des modalités stratégiques, c'est-à-dire de calcul individuel dans la relation à autrui »<sup>5</sup>. Les stratégies des acteurs, individuels ou collectifs, restent individuelles et la coopération a pour but de permettre à chacun d'atteindre ses propres objectifs. Elle ne nécessite pas de partager des objectifs communs mais doit permettre de répondre aux intérêts de chacun : « Parce que la coopération complémentaire se génère dans une rationalité calculatoire, la question de la congruence des intérêts individuels est au cœur de

---

<sup>4</sup> REY A., MORVAN D., DEBRAY R. et al, 2005, Dictionnaire culturel en langue française. Paris : SNL, Le Robert

<sup>5</sup> DAMERON S., « Structuration de la coopération au sein d'équipes projet », XIIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, du 3 au 6 juin 2003, Les Côtes de Carthage, p.4

son développement ». Il n'y a pas de notion de collectif : « *la congruence des intérêts individuels, et ainsi la réciprocité des rapports, est assurée par des engagements interindividuels* ». La coopération communautaire quant à elle « *est fondée sur l'appartenance à un groupe porteur d'une identité commune, où les individus partagent les mêmes valeurs et les mêmes objectifs* »<sup>6</sup>. Ce ne seront pas dans ce cas la défense d'intérêts individuels qui soutiendra cette coopération mais « *la construction, la protection et la défense de cette identité commune* ».

Stéphanie DAMERON définit la coopération comme un processus dans lequel coexistent les deux formes de coopération à des niveaux différents: « *Sans qu'il y ait exclusion d'une forme de coopération par une autre, le processus repéré démarre essentiellement par la construction de la coopération communautaire, pour ensuite se concentrer sur la coopération complémentaire et finalement revenir vers une forme majoritairement communautaire* »<sup>7</sup>. La poursuite d'objectifs individuels et d'objectifs partagés coexistent ainsi dans les coopérations et peuvent même s'enrichir : l'agrégation et la transformation d'objectifs individuels peut conduire à des objectifs collectifs. Par ailleurs, de nouveaux objectifs collectifs peuvent créer des opportunités en local et créer ainsi de nouveaux objectifs individuels. Coopération complémentaire et coopération communautaire, intérêts individuels et intérêts collectifs ainsi qu'objectifs locaux et objectifs globaux s'enrichissent mutuellement dans la co-construction d'un processus coopératif.

## B) Un changement des rapports entre les acteurs

La coopération entre deux structures modifie radicalement leurs relations. En effet, lorsqu'elles exercent des activités pour partie identiques, elles passent d'une relation de concurrence à une relation d'alliance, tout particulièrement dans le cadre d'une relation communautaire. Laurent DELCOURT<sup>8</sup> considère ainsi que « *Si la concurrence met dos à dos les individus dans un esprit de compétition, la coopération, en les engageant dans une entreprise commune, met un terme à leur rivalité. La coopération s'oppose par définition à la concurrence* ». Elle suppose un rapport d'équité entre les différentes parties engagées qui vont mettre en commun leurs ressources dans l'intérêt collectif : « *La relation coopérative implique la mise en commun, le partage et l'échange des ressources, des idées et des compétences apportées par chaque coopérateur/associé* ».

La coopération renforce chacun de ses membres et tout particulièrement, selon Laurent DELCOURT, ceux qui disposent le moins de ressources : « *Les individus dotés de faibles*

---

<sup>6</sup> *Ibidem*, p.5

<sup>7</sup> *Ibidem* p.23

<sup>8</sup> Centre TRIcontinental (CETRI), DELCOURT L., Décembre 2006. « *Coopération* » : une ébauche de problématisation. [Site visité le 6 août 2014], <http://www.cetri.be/spip.php?article282>

*ressources pourront donc puiser dans ce fonds et renforcer du même coup, grâce au collectif, leur capacité et leur pouvoir individuels* ». Nous retrouvons ici la notion d'intérêt individuel vue précédemment dans la coopération complémentaire qui semble bien en effet indissociable de l'intérêt collectif de la coopération communautaire.

Ce changement des rapports est cependant loin d'être facile en raison de cultures d'entreprises différentes. Philippe BERNOUX, dans une étude sur des grands groupes internationaux, estime ainsi que les rapprochements entre entreprises « *sont toujours source de grandes difficultés relationnelles. Les « mentalités » diffèrent entre firmes d'un même pays, quelquefois autant qu'entre entreprises de pays différents* »<sup>9</sup>. La culture d'entreprise correspond à un partage de valeurs et de conduites entre les acteurs qui se reconnaissent ainsi dans une certaine identité collective qui se trouve remise en cause dans les processus de coopérations.

### **1.1.2 La coopération en tant que processus de changement**

La coopération suit différentes phases permettant l'intégration de nouvelles pratiques et représentations tout au long d'un processus de changement. Celui-ci implique l'ensemble des acteurs dans la redéfinition de leurs pratiques individuelles et de leurs interactions dans l'organisation.

#### A) Le processus de coopération

Dans son étude de deux cas de coopérations d'entreprises, Stéphanie Dameron a constaté la succession de trois phases constituant ce qu'elle a définie comme un processus coopératif : « *Cet enchaînement s'effectue suivant trois phases, qualifiées d'Initialisation, de Transformation et de Cristallisation* »<sup>10</sup>.

La phase d'initialisation correspond à la définition des objectifs et des structures de la coopération aboutissant à un projet commun : « *Cette phase se termine dans les deux cas par la conclusion d'accords externes. Les engagements externes apparaissent en effet structurants de la coopération communautaire lors de cette phase. C'est dans la confrontation avec les groupes externes que l'équipe se définit, à la fois en termes de frontière et d'objectifs ; la négociation des engagements nécessite d'explicitier et de définir ce que doit être le projet* »<sup>11</sup>. Elle s'appuie ainsi principalement sur une coopération de type communautaire avec la définition d'objectifs partagés dans le cadre d'un projet. La phase d'initialisation donne ainsi un sens général à l'action, une ligne directrice collective.

---

<sup>9</sup> BERNOUX P., 1985, *La sociologie des organisations*. Paris : Editions du Seuil, p.193

<sup>10</sup> DAMERON S., *op. cit.*, p.9

<sup>11</sup> *Ibidem*, p.10

Cette phase d'initialisation du projet est suivie par une phase de transformation, « *période où les acteurs interagissent spécifiquement pour la production du projet* »<sup>12</sup>. C'est une phase de turbulence dans laquelle les expertises et les cultures se confrontent, les intérêts des acteurs se défendent et les actions de coopération se négocient. La phase de transformation est ainsi majoritairement le siège de coopérations complémentaires dans lesquelles les acteurs recherchent comment le projet collectif peut contribuer à préserver ou développer les intérêts de chacun. Elle n'exclue cependant pas complètement la coopération communautaire avec des réflexions sur la stratégie collective et sur l'acquisition d'une nouvelle identité : « *De même, cette transition est la période de redéfinition en interne de la stratégie générale du projet et des modes de fonctionnement du groupe. Ces transformations nécessitent de reconstruire l'équipe sur les bases de cette nouvelle identité* »<sup>13</sup>.

La troisième phase est nommée cristallisation au sens où elle fixe les différents éléments de la coopération : « *elle identifie en effet une période de gel des définitions des attributs de la coopération dans la concrétisation du projet (...)* »<sup>14</sup>. Stéphanie DAMERON explique comment se cristallisent ces coopérations : « *les objectifs du projet sont redéfinis afin de tenir compte des difficultés qui apparaissent avec la réalisation effective du projet* ». La phase de cristallisation s'appuie donc sur les expériences de la phase de transformation pour adapter le projet initial de la phase d'initialisation et lui donner une forme consolidée sous forme d'engagements détaillés de coopération entre les acteurs.

#### B) La coopération comme processus de changement

Dans leur description du processus de changement, Pierre COLLERETTE, Gilles DELISLE et Richard PERRON reprennent tout d'abord les travaux de Kurt LEWIN qui s'intéresse particulièrement aux changements dans les attitudes : « *Lewin avance que le processus évolutif du changement suivrait un cheminement caractérisé par trois phases plus ou moins longues, difficiles et intenses suivant les personnes ou les groupes concernés. Ces sont la décristallisation, la transition et la recristallisation* »<sup>15</sup>. Ces trois phases se caractérisent par une évolution des comportements et des individus dans le processus de changement : « *Le processus de changement vécu par des personnes serait marqué dans un premier temps par l'abandon des comportements ou attitudes habituelles. Suivrait ensuite une période marquée par des comportements ou attitudes plus ou moins instables, contradictoires, pour*

---

<sup>12</sup> *Ibidem*, p.10

<sup>13</sup> *Ibidem*, p.10-11

<sup>14</sup> *Ibidem*, p.11

<sup>15</sup> COLLERETTE P., DELISLE G., PERRON R., 1997, *Le changement organisationnel : Théorie et pratique*. Québec : Presses de l'Université du Québec, p. 22

*déboucher sur de nouveaux comportements ou de nouvelles attitudes adaptées aux exigences de la situation* »<sup>16</sup>. Ces trois phases de changement dans les attitudes sont très proches des trois phases du processus coopératif décrites par Stéphanie DAMERON vues précédemment. Ce sont deux visions complémentaires, la première plus axée sur l'individu et la deuxième sur l'organisation. Ces visions nous montrent que le processus de coopération entre des individus, des groupes ou des organisations est un type de processus de changement et que c'est bien ainsi qu'il faut le considérer pour le comprendre et l'accompagner.

Pierre COLLERETTE, Gilles DELISLE et Richard PERRON étendent le modèle plutôt psychosociologique de Kurt LEWIN en intégrant le concept d'interaction entre les acteurs plus proche de la sociologie des organisations. Ils définissent ainsi quatre phases dans ce nouveau modèle : « *l'éveil, la désintégration, la reconstruction et l'intégration* »<sup>17</sup>. Ils décrivent l'éveil comme « *la décision d'accepter ou de refuser de remettre en cause sa représentation du réel* ». S'il accepte cette remise en cause, il passe dans la phase de désintégration qui consiste à « *déterminer quels sont les aspects jugés non adaptés dans le système de représentation et dans les pratiques qui en découlent, pour les écarter ou en réduire la valeur relative* »<sup>18</sup>. Cette période est caractérisée par une grande incertitude ; les acteurs abandonnent des représentations et des habitus connus et maîtrisés pour évoluer vers de nouvelles pratiques qui ne sont pas encore bien définies. Le système est déstabilisé. Ceci est source d'anxiété dans l'organisation mais cette déstabilisation est nécessaire au changement. Lors de la phase de reconstruction, « *le système oriente son regard vers les éléments de son environnement qui sont susceptibles d'apporter des solutions de rechange à sa situation* »<sup>19</sup>. Les nouveaux comportements se définissent suivant deux modes qui bien qu'opposées sont bien souvent présentes toutes deux : le mode « *recherche* » qui mobilise l'innovation et le mode « *identification* » qui tend à reproduire des formules qui ont déjà fait leurs preuves dans d'autres systèmes de l'organisation. Cette phase de transition dans laquelle désintégration et reconstruction se chevauchent, est une période d'expérimentation, de recherche des solutions adaptées. Si elle peut être source de mobilisation et d'innovation, elle constitue une phase exigeante en énergie pour changer ses habitudes et réorganiser ses relations avec les autres acteurs. Les nouvelles représentations et attitudes s'articulent enfin avec les pratiques toujours en vigueur dans le système lors de la phase d'intégration. Cette phase qui correspond à la recristallisation de

---

<sup>16</sup> *Ibidem*, p.23

<sup>17</sup> *Ibidem*, p.25

<sup>18</sup> *Ibidem*, p.26

<sup>19</sup> *Ibidem*, p.29

Kurt LEWIN correspond à une recherche d'équilibre et d'harmonie : « *Il s'agit en somme des ajustements que le système social doit effectuer par rapport à ses conceptions et pratiques générales pour que la nouveauté puisse s'insérer et qu'un équilibre satisfait soit atteint* »<sup>20</sup>.

Cette notion d'articulation entre les anciennes et nouvelles représentations et pratiques est développé par Philippe BERNOUX : « *Tout changement technique ou organisationnel, toute innovation est à la fois une combinaison originale, irréductible à ses antécédents mais aussi s'articulant sur ces antécédents. (...) Il s'agit donc d'articuler et d'intégrer le changement sur les pratiques, les manières de faire, les représentations et les cultures existantes, non d'en faire un commencement absolu* »<sup>21</sup>. Cette conception du changement est en mesure de gérer les inévitables oppositions qu'il génère, souvent appelées résistances au changement. Mais il ne s'agit pas tant d'un refus du changement que d'une attache aux fonctionnements en place pour lesquels les acteurs ont développé des savoirs et des savoirs faire qui ne seront peut-être pas transposables à l'avenir. Par ailleurs, comme nous l'avons vu dans la description de la phase de déconstruction, le changement passe par des périodes d'instabilités du système et de questionnement des acteurs sur leur place dans l'organisation. S'appuyant sur une étude d'un cabinet de consultants sur les changements dans les grandes entreprises, Philippe BERNOUX considère l'articulation entre l'existant et les nouvelles pratiques comme indispensable à l'avancée du changement : « *les nouveaux projets s'inscrivent dans des cadres cognitifs et relationnels auxquels ils doivent se combiner, quitte par la suite à les modifier progressivement. Il s'agit de prendre en compte le système de relations qui doit évoluer, faute de quoi les réformes sont bloquées* »<sup>22</sup>. Il en conclut que « *le démarrage d'une opération de changement devrait donc, contrairement à une idée reçue, apparaître autant dans la continuité que dans la rupture* »<sup>23</sup>.

Le changement concerne des pratiques et des représentations individuelles, interindividuelles et collectives ; il implique donc de s'intéresser aux coopérations entre les acteurs. Pour Philippe BERNOUX, « *il s'agit de faire communiquer les acteurs, voire les individus, qui parlent des langages différents et de les faire communiquer sur des problèmes qui les concernent directement* »<sup>24</sup>. La notion de coopération entre les acteurs, qu'ils soient individus, groupes ou organisations et la notion de changement sont donc étroitement liées. Mais pour que ces coopérations ou ces changements aient réellement

---

<sup>20</sup> *Ibidem*, p.35

<sup>21</sup> BERNOUX P., 2004, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations. Paris : Editions du Seuil, p.267-268

<sup>22</sup> *Ibidem*, p.262

<sup>23</sup> *Ibidem*, p.264

<sup>24</sup> *Ibidem*, p.270

lieu, convaincre les acteurs de leur intérêt à faire évoluer leurs pratiques, leurs attitudes et leurs systèmes de relations est une nécessité. Nous abordons ici la notion d'appropriation du projet par les différents acteurs par l'acceptation du changement et la contribution à son processus. Cette appropriation par les acteurs nécessite selon Philippe BERNOUX une acceptation des nouveaux objectifs : « *Il n'y a acceptation du changement dans les organisations que quand l'acteur comprend pour quelles raisons le nouveau mode d'action remet en cause ses logiques d'actions, ses manières de faire, c'est-à-dire les raisons qui, à son avis, lui ont permis de réussir ou au moins de faire son travail de manière satisfaisante à ses yeux et à ceux de sa hiérarchie. Ce qui renvoie à l'idée de légitimité. Être convaincu, c'est reconnaître le changement comme légitime, donc accepter la mise en œuvre* »<sup>25</sup>. Il s'agit au final de donner un sens au changement pour les différents acteurs afin que ceux-ci se l'approprient et s'impliquent dans une co-construction du changement.

## **1.2 Un développement des CHT impactant les directions des soins**

La CHT est le dernier né des dispositifs de coopération promus depuis de nombreuses années dans les politiques de santé françaises. Perçue comme un moyen souple d'amélioration de l'efficacité et de l'organisation des parcours par la mise en place de projets communs, elle interroge naturellement sur les rôles et la structure des directions, dont ceux des directions des soins.

### **1.2.1 La place de la CHT dans les dispositifs de coopération**

La CHT est un des dispositifs de coopération entre établissements de santé qui est centré sur le développement de projets communs de territoires.

#### **A) Différents dispositifs pour favoriser les coopérations**

Les textes de Loi incitant à la coopération entre les établissements de santé sont nombreux et ont chacun apporté progressivement des outils pour les soutenir. Fanny MARTIN-BORN, DRH du CH André MIGNOT de Versailles décrit bien les étapes<sup>26</sup> : la loi Boulin du 31 décembre 1970 instaure les premières coopérations hospitalières sous forme de syndicats hospitaliers ou de groupements inter hospitaliers. La loi du 10 janvier 1991 consacre les conventions de coopération, les groupements d'intérêts économiques (GIE) et les groupements d'intérêts publics (GIP) qui remplacent les groupements inter hospitaliers. Les

---

<sup>25</sup> *Ibidem*, p.274-275

<sup>26</sup> MARTIN-BORN F., septembre 2013. « *Outils de coopérations et parcours de soins* », Les cahiers de la fonction publique, n°336, Dossier Établissements de santé : coopérations et parcours de soins, p.25

ordonnances Juppé de 1996 créent le groupement de coopération sanitaire (GCS) et la communauté d'établissements. La loi du 4 mars 2002 renforce les GCS et le réseau de santé.

La loi dite Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST)<sup>27</sup> donne comme objectif de « *favoriser les coopérations entre établissements de santé* » au chapitre III du titre I relatif à la modernisation des établissements de santé. Elle définit les outils juridiques correspondants aux deux types de coopérations possibles : les Communautés Hospitalières de Territoires (CHT) correspondent à un mode de coopération fonctionnel et sont créées en plus des possibilités de conventions et de réseau. Les coopérations organiques s'adossent quant à elles à des supports juridiques comme le GIE ou le GCS. Ce dernier peut par ailleurs dorénavant devenir GCS établissement et donc acquérir des autorisations d'activités de soins et d'équipements lourds.

#### B) Les caractéristiques de la CHT

La CHT est un mode de coopération fonctionnel c'est-à-dire qu'il n'y a pas de création de personne morales et que chaque établissement conserve l'intégralité de ses instances réglementaires, autorisations et prérogatives. Elle n'est pas obligatoire mais les établissements sont incités à créer entre eux des CHT. C'est une coopération plus fédérative qu'intégrative ; un décret précise toutefois en 2010 les possibilités de mutualisations au niveau institutionnel : « *la convention de communauté hospitalière de territoire peut prévoir la création d'une ou plusieurs des instances suivantes : Une commission médicale commune ; un comité technique commun ; une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques commune. (...) La convention de communauté hospitalière de territoire peut prévoir la faculté de créer un pôle de territoire regroupant des pôles relevant de tout ou partie des établissements adhérant à la convention sous l'autorité d'un chef unique* »<sup>28</sup>.

Les instances réglementaires communes ne peuvent cependant remplacer les instances de chacun des établissements. Les niveaux d'intégration des CHT peuvent être donc très variables : elle peut en effet aller de la simple convention de coopération à la création d'instance ou de pôles communs. Ces dispositions peuvent aussi être complétées par la mise en place de directions communes. Ce dispositif a pour but de placer au sommet de la

---

<sup>27</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel de la république française n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184. Titre I Chapitre III

<sup>28</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1242 du 20/10/2010 relatif aux instances communes de représentation et de consultation du personnel et aux pôles de territoire dans le cadre des communautés hospitalières de territoire. Journal officiel de la république française n°0246 du 22 octobre 2010 page 18909

hiérarchie hospitalière un directeur général éventuellement secondé par des directeurs fonctionnels ainsi que des directeurs des soins. Ce positionnement transversal favorise l'homogénéisation des pratiques et l'unicité des stratégies.

La mission de prise en charge des patients par l'hôpital intégrant la notion de parcours de soins de territoires rend nécessaire la coopération. Cette vision est défendue par la proposition 9 du rapport Cordier. Cette proposition intitulée « *Optimiser la place de l'hôpital dans le territoire de santé* » prévoit de « *mettre en place un mécanisme d'intéressement des hôpitaux à la fluidité des ou de parcours de soins et de santé, par l'utilisation du «fonds stratégie nationale de santé à gestion régionale* », et en fonction des priorités locales, au titre par exemple (...) de l'organisation de la prise en charge en lien avec l'amont et l'aval»<sup>29</sup>. Les CHT constituent dans ce cadre un moyen de structuration des parcours territoriaux inter-établissements en articulant les prises en charges de chacun.

### **1.2.2 Les dimensions de projet et de structure**

Le développement d'une CHT efficiente nécessite la définition de projets communs et une réflexion sur la structure des directions, dont la direction des soins, les mieux à même de les faciliter.

#### **A) Une coopération à fonder sur un projet commun**

Pour avoir un réel impact sur la qualité des prises en charge et sur la maîtrise des dépenses de santé, les coopérations hospitalières doivent intervenir sur les stratégies et les projets des établissements. Marie Christine HARDY-BAYLE, Directeur médical, estime ainsi que « *les mutualisations inter établissements, quelle qu'en soit la forme, pour être réellement efficaces, ne doivent cependant pas rester limitées à des mutualisations de gestion, certes sources potentielles d'économie mais ne touchant pas au fond des réorganisations nécessaires de l'offre de santé. Ces mutualisations doivent s'ouvrir aux projets soignants et donc stratégiques de l'organisation* »<sup>30</sup>.

C'est dans cet objectif que se développent des projets médicaux de CHT qui interrogent en conséquence sur l'opportunité d'y associer des projets de soins de CHT. Dans son travail sur les parcours de soins de CHT, Viviane CAILLAVET-BACHELLEZ, directrice des soins, a constaté que « *la constitution de la CHT a conduit à poursuivre la réflexion collégiale sur*

---

<sup>29</sup> CORDIER A., 2013, « *Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 Recommandations du comité des "sages"* », Rapport, Ministère chargé de la santé. Paris., p.25

<sup>30</sup> HARDY-BAYLE M.C., septembre 2013. « *Vers une organisation territoriale de la santé ? Le groupement de coopération sanitaire « réseau de promotion de la santé mentale dans le sud-Yvelines »* », *Les cahiers de la fonction publique*, n°336, Dossier Établissements de santé : coopérations et parcours de soins, p.37

*les soins qui doit aboutir à l'élaboration d'un projet de soins commun pour la CHT* »<sup>31</sup>. Nous sommes ici dans ce que nous avons défini précédemment comme coopération communautaire. Dans ce cas de figure les établissements définissent des objectifs communs et ne se contentent pas de mettre en commun des moyens de gestion. L'idée même de CHT est donc à rattacher à la mise en œuvre de projets communs partagés par l'ensemble de ses membres.

Le développement de projets communs nécessite l'adhésion de l'ensemble des professionnels de santé à la volonté de coopérer. Claire CHAUMONT, consultante spécialisée en santé hospitalière, explique cette nécessité en s'appuyant sur les caractéristiques de la bureaucratie professionnelle, modèle d'organisation attribué aux hôpitaux par Henry MINTZBERG : « *La base opérationnelle dispose d'une large autonomie et d'un pouvoir fort dans la réalisation de son travail du fait d'un haut niveau de compétences. Dans ce cadre l'agent s'identifie à sa fonction avant sa structure* »<sup>32</sup>. Tout projet de CHT nécessite donc un relai au niveau de chacun des établissements puis de chacun des pôles et chacune des structures internes au niveau soignant comme au niveau médical. Cette particularité de nombreux acteurs ou de nombreux petits groupes d'acteurs possédant chacun des compétences spécifiques de haut niveau renforce la nécessité d'implication de tous. Il appartient à l'ensemble de l'encadrement de direction, et donc au CGS de définir un projet commun et de favoriser son appropriation par l'ensemble des professionnels.

#### B) Une coopération interrogeant sur la structure de la direction des soins

La création d'un projet de soins de CHT interroge naturellement sur la pertinence de maintenir des équipes de directions complètes par établissement. De nombreuses directions communes ont été mises en place dans des CHT, en commençant par la direction générale, pour assurer une dynamique stratégique de CHT. Elles s'étendent souvent aux directeurs des systèmes d'information pour faciliter une homogénéisation des progiciels, aux directeurs des achats pour bénéficier de meilleurs prix dans les appels d'offre ou aux directeurs des travaux.

Si la mise en place d'un Coordonnateur Général des Soins est moins fréquente, cette possibilité ne peut être exclue et doit être étudiée. Pour Catherine MACRI, directrice des soins, le positionnement d'une direction des soins de CHT permettrait de répondre aux logiques de territoire : « *Ce nouveau positionnement de la direction des soins au sein d'une*

---

<sup>31</sup> CAILLAVET-BACHELLEZ V., 2010, Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire, mémoire DS : EHESP, p.19

<sup>32</sup> CHAUMONT C., janvier 2012. « Le paradoxe de la coopération en milieu hospitalier », *Gestions hospitalières*, n°512, Dossier Coopérations et organisations hospitalières, p.30

*CHT aura pour conséquences : une approche systémique : une vision plus horizontale du management pour encourager une culture transversale et articuler le projet de territoire ; une structuration nécessaire du management du fait des périmètres d'action étendus, en créant des relais dédiés d'encadrement par le biais de cadres supérieurs de pôle ou d'experts afin que la direction des soins fédère et favorise l'implication des cadres de santé, acteurs cruciaux de l'accompagnement aux changements»<sup>33</sup>. Le maintien de directions des soins d'établissements pourrait par ailleurs devenir très problématique dans le cas où l'établissement s'orienterait vers une mise en place de pôles d'activité de territoire.*

Pour Viviane CAILLAVET-BACHELLEZ le directeur des soins (DS) a un rôle essentiel dans cette structuration : *« Le DS, par sa connaissance du contexte du travail hospitalier et son expertise en organisation des activités peut être le promoteur de la définition des parcours de soins des patients au sein de la CHT. Son rôle n'est pas d'organiser seul ces parcours, mais de savoir réunir les bons acteurs et de mettre en évidence l'intérêt de chacun à travailler en collaboration au service du patient. Il doit développer une politique de management de l'encadrement soignant visant le décroisement et la recherche de complémentarités à tous les niveaux »<sup>34</sup>.*

Le directeur des soins a donc un rôle essentiel dans la mise en lien des acteurs afin qu'ils adaptent leurs relations interpersonnelles aux objectifs communs de la coopération. Une coordination générale des soins unique pourrait-elle faciliter cette vision transversale de parcours dans la CHT ? Ne risque-t-elle pas de conduire à une rupture dans le lien avec les acteurs de proximité ? Un CGS unique sur plusieurs établissements peut-il garantir sa représentation sur chaque site ainsi que son impartialité dans le traitement des éventuels intérêts particuliers d'établissement ?

---

<sup>33</sup> MACRI C., janvier 2012. « Les directions des soins au sein des communautés hospitalières de territoire. Tendances et perspectives », *Gestions hospitalières*, n°512, Dossier Coopérations et organisations hospitalières, p.34

<sup>34</sup> CAILLAVET-BACHELLEZ V., *op. cit.*, p.28

### 1.3 Méthodologie

L'observation du fonctionnement de la CHT en direction commune lors de notre premier stage nous a amené à nous interroger sur la coopération entre les établissements de santé, le rôle des CGS dans cette coopération et l'impact de cette coopération sur la structuration des directions des soins.

Pour enrichir notre réflexion et notre questionnement, nous avons tout d'abord réalisé une recherche documentaire en privilégiant la lecture d'articles de périodiques concernant les coopérations inter hospitalières en CHT. Certains plutôt généralistes ont permis de constater que les dimensions stratégiques et opérationnelles étaient très liées et d'autres, plus axés sur le rôle des directeurs des soins, ont positionnés ces acteurs comme pivots entre ces deux dimensions.

Nous avons ensuite choisi de mener une étude de cas fondée sur une analyse documentaire et des entretiens. Nous avons souhaité appréhender à la fois la dimension stratégique en interrogeant le DGCHT, les PCME et les CGS mais aussi la dimension opérationnelle en interrogeant des cadres et cadres supérieurs de pôle. L'étude de cas présente l'avantage de réaliser une étude prenant en compte le contexte. Dans notre cas, elle permet par ailleurs d'avoir la vision des différents acteurs concernés sur l'ensemble des établissements. La CHT X présente comme caractéristique la mutualisation partielle des directions des soins avec deux CGS pour trois établissements, l'une d'entre elles étant affectée à deux établissements. Les coopérations entre deux établissements peuvent ainsi être étudiées dans deux configurations : avec une CGS unique ou avec deux CGS. L'objectif des entretiens est de recueillir des données permettant de comprendre l'historique de la mise en place de la CHT en direction commune et l'évolution des coopérations. Ils ont aussi été élaborés afin de repérer le positionnement et le rôle de chacun dans le projet de coopération ainsi que leur vision du positionnement et du rôle des CGS.

Afin de privilégier la dimension qualitative des données et de pouvoir faire préciser les éléments apportés, nous avons choisi d'utiliser la méthode de l'entretien semi-directif. Une grille d'entretiens a été construite en adaptant les dimensions explorées aux professionnels interrogés. Elle comprend des questions communes pour tout ou partie des professionnels ainsi que des questions plus spécifiques. La première question des entretiens est assez ouverte et a pu conduire à voir aborder beaucoup d'autres sujets prévus ultérieurement.

Les entretiens ont été menés en adaptant l'ordre des questions au déroulement chaque entretiens. L'objectif est en effet de traiter de l'ensemble des questions en favorisant le discours de la personne interviewée. Les entretiens ont eu lieu dans les bureaux des personnes interviewés et ont fait l'objet d'un enregistrement.

L'ensemble du matériau ainsi recueilli a ensuite été retranscrit et réparti par thème dans une grille d'analyse des entretiens permettant de visualiser les avis convergents,

complémentaires ou divergents des différentes personnes interviewées sur chacun des sujets. Un approfondissement de la recherche documentaire a été ensuite réalisé en fonction des principaux thèmes ressortant des entretiens comme les notions de changement, d'acculturation ou d'évolution dans le temps.

La CH en direction unique est un des modes de coopération promu au niveau national pour favoriser la notion de parcours patient dans les territoires. Les CGS sont directement concernés dans la dimension stratégique et dans la dimension d'organisation opérationnelle de leur fonction. La coopération se développe dans un processus de changement. L'enquête de terrain a pour objectif d'analyser la contribution des CGS au regard du contexte tant au niveau des projets de coopérations que de l'adaptation de la structure de l'équipe de direction.

## 2 Exploration sur le terrain

### 2.1 Le contexte de l'enquête

L'enquête a été réalisée au sein d'une CHT en direction commune créée en 2009 dont le dernier projet communautaire a été élaboré en 2012. Elle concerne les CGS ainsi que leurs principaux partenaires au niveau institutionnel et au niveau de la direction des soins.

#### 2.1.1 La mise en place de la CHT en direction commune

La constitution de la CHT X correspond en 2009 à une volonté politique et administrative de mutualisation des services publics du territoire de 250.000 habitants qui s'étend sur deux départements. Elle concerne trois établissements publics de santé. Le CH1, établissement de référence d'un peu plus de 1000 lits et places, dispose d'activités de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), d'Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendante (EHPAD) et de psychiatrie. Le CH2, établissement MCO de proximité de 614 lits et places, est centré sur l'urgence, la médecine et l'obstétrique. Le CH3, ex-hôpital local de 143 lits, développe des activités de SSR et d'EHPAD.

La CHT s'appuie sur des coopérations préexistantes entre les fédérations médicales de ces établissements et entend répondre à une concurrence importante sur le bassin de santé. Cette concurrence concerne le secteur privé du bassin ainsi que des établissements publics et privés de plus grande taille et situés à proximité de ce bassin. La part de marché des trois CH étudiés est de 46% sur le bassin de santé et ils sont tous en situation financière difficile en 2009. La constitution de la CHT a pour ambitions de « *favoriser les partages de ressources matérielles, humaines et médicales, l'élaboration de projets communs afin d'amplifier leur efficacité et de toujours mieux répondre aux besoins de santé de la population en particulier en simplifiant et clarifiant les parcours de soins* »<sup>35</sup>. Elle intervient dans un contexte de déficit financier sur les trois établissements et sur l'identification de marges sur le CH1 concernant le niveau d'activité.

Cette constitution de CHT fait suite à la mise en place d'une direction commune entre le CH1 et le CH2 en novembre 2008 qui a été rejointe en juin 2009 par le CH3. Elle est consolidée par la constitution d'un GCS de moyens. La logique retenue est celle de la coopération car un regroupement d'activités sur le CH1 ou le CH2 accentuerait les fuites des patients vers les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et CH extérieurs au territoire. Un projet médical a été élaboré en ce sens en 2010 afin de répondre de manière

---

<sup>35</sup> Communauté Hospitalière de Territoire X, 2012. « Projet de communauté hospitalière de territoire 2012-2015 », p.3

coordonnée aux besoins de la population du territoire de santé tout en préservant une offre de proximité.

La réflexion a débuté avant la publication de la loi HPST et a dû ensuite s'adapter à la réglementation mise en place. Cette dernière n'a pas permis de mettre en œuvre une CHT très intégrative avec le maintien des instances de tous les établissements et l'impossibilité d'un recrutement de CHT. La suppression des instances d'établissements et les recrutements médicaux de CHT envisagés dans le projet initial n'ont donc pas été possibles. Le directoire commun s'est ajouté aux directoires d'établissements et les recrutements ont dû être réalisés par établissement avec conventionnement de la mise à disposition aux autres établissements. Concernant les CME, Comités Techniques d'Etablissement (CTE) et CSIRMT, des participations croisées ont été développées pour éviter d'ajouter des instances supplémentaires aux instances par établissements qui doivent réglementairement être maintenues.

La direction commune a concerné à partir de 2009 l'ensemble des directions administratives sauf la coordination générale des soins qui a toujours été séparée entre le CH1 et le CH3 d'une part et le CH2 d'autre part. Un directeur délégué a été par ailleurs nommé par site, le directeur délégué du CH3 exerçant aussi la fonction de directeur de la stratégie communautaire de la CHT. Le fonctionnement en direction fonctionnelles communes avec des relais par des Attachés d'Administration Hospitalières (AAH) a été abandonné fin 2012 pour la direction des ressources humaines, la direction des finances et la direction de la qualité suite à d'importants mouvements sociaux et des difficultés d'exercice au niveau des directeurs. Des directions de proximité ont été ainsi remises en place pour ces secteurs dans chaque établissement.

Concernant les acteurs stratégiques de cette CHT, il est important de noter qu'ils sont majoritairement arrivés en poste en cours de projet : trois directeurs généraux de CHT se sont succédé, le directeur général actuel étant présent depuis juin 2012. La CGS2 est arrivée dans l'établissement début 2012 et la CGS1/3, présente dans le CH1 depuis 2008 tout d'abord en tant que CGS des instituts de formation de la CHT, n'exerce la fonction de CGS du CH1 et du CH2 que depuis début 2013. Seul le PCME2 était déjà en poste à la création de la CHT ; la PCME1 était présente en tant que chef de pôle mais n'exerce la fonction de PCME que depuis 2012 et la PCME3, arrivée fin 2011 n'exerce cette fonction que depuis mi-2013.

## 2.1.2 Le projet communautaire 2012-2015

Le projet communautaire de CHT 2012-2015<sup>36</sup> a été élaboré en 2012 et 2013 en reprenant et développant les axes du projet médical commun 2010-2015. Il s'appuie ainsi sur les coopérations médicales déjà en place mais aussi sur des coopérations entre les directions fonctionnelles et entre les pôles notamment dans la mise en place de procédures de gestion communes. Le projet communautaire a été piloté par les trois directoires en associant les personnels, cadres et partenaires sociaux. L'objectif est d'assurer une gradation des soins en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge ainsi que la pérennité des activités. Les missions de chaque établissement sont conformes à l'organisation de l'offre de soins définie par l'ARS dans le Projet Régional de Santé (PRS). Le CH1 est ainsi établi comme établissement de référence du territoire de santé, le CH2 comme établissement de proximité avec une structure d'urgence et une permanence des soins hospitalière et le CH3 comme établissement de proximité structuré autour d'une offre ville hôpital et sans permanence des soins. Le projet prend aussi en compte les liens avec le CHU de recours du territoire.

La CHT est gouvernée par une commission de communauté constituée des présidents des conseils de surveillance, des PCME, du DGCHT et des directeurs délégués des centres hospitaliers. La commission de communauté est chargée de suivre l'application de la convention de CHT. Elle propose également aux instances compétentes de chaque établissement les mesures nécessaires pour faciliter cette application afin de mettre en œuvre la stratégie commune et le projet communautaire. Les instances de chaque établissement sont maintenues conformément à la réglementation, avec une représentation croisée entre les établissements.

Au niveau médical, l'objectif est d'assurer une gradation des prises en charges dans les établissements de la CHT, de structurer des prises en charge en parcours de soins par filières et de développer le partenariat avec le CHU du secteur. Chaque discipline a fait un point sur les objectifs poursuivis depuis 2010 et a réajusté son projet de prise en charge en lien avec la mise en œuvre de la CHT. Le projet prévoit par ailleurs des mutualisations d'activités support concernant le Département d'Information Médicale (DIM), les systèmes d'information et les opérations d'achats. Pour d'autres domaines comme la qualité et la sécurité des soins, le développement durable, la Gestion Prévisionnelle de Métiers et des Compétences (GPMC), le Développement Personnel Continu (DPC), l'entretien biomédical ou des fonctions transports, les harmonisations vont être amplifiées au niveau des principes d'action, de la méthodologie et des logiciels tout en restant développés en autonomie dans chacun des établissements. Le projet communautaire doit constituer la base de

---

<sup>36</sup> Communauté Hospitalière de Territoire X, 2012. « Projet de communauté hospitalière de territoire 2012-2015 », 55 p.

l'élaboration des projets d'établissements tout en laissant la possibilité d'intégrer des actions spécifiques correspondant au contexte particulier d'un établissement.

### **2.1.3 Les personnes interviewées**

Pour répondre à nos questionnements, nous avons interviewé tout d'abord les deux CGS présentes sur la CHT. Toutes deux ont pris leur poste récemment en n'étaient pas présentes lors de la création de la CHT ou de l'élaboration du projet communautaire. La CGS des CH1 et CH3 (CGS1/3) exerce en multi site depuis son arrivée début 2013. Elle assure aussi la fonction de directrice de la qualité et de la gestion des risques. Elle est présente dans la CHT depuis 2008 et exerçait précédemment la fonction de coordinatrice des instituts de formation. La CGS du CH2 (CGS 2) est présente sur ce poste depuis janvier 2012 suite à sa formation de directeur des soins.

Pour appréhender la dimension stratégique de la coopération, nous avons interviewé le DGCHT ainsi que les PCME. Le DGCHT est en poste depuis mi-2012. Son prédécesseur en poste durant 2 ans avait pris en charge le projet de CHT en fin de phase de préparation. Le PCME du CH2 (PCME2) est lui présent depuis plus de trente ans dans cet établissement et exerçait déjà ses fonctions de PCME à l'amorce du projet de CHT. La PCME du CH1 (PCME1) est quant à elle présente depuis dix ans dans son établissement. Elle exerce la fonction de PCME depuis 2012 et était chef de pôle et membre du conseil exécutif lors de la constitution de la CHT. La PCME du CH3 (PCME3) est présente sur l'établissement depuis 3 ans et exerce la fonction de PCME depuis fin 2013.

Pour appréhender la dimension opérationnelle et la mise en œuvre de coopérations par filières, nous avons interviewé trois Cadres Supérieurs Soignants de Pôle (CSSP) des CH1 et CH2 et le Cadre Soignant (CS) du CH3. Le CSSP1A est présent dans le CH1 depuis 2001 et exerce la fonction de CSSP dans un pôle de médecine depuis 2009. La CSSP1B est présente dans le CH1 depuis 1995 et exerce la fonction de CSSP dans le pôle de SRR et gériatrie depuis 2010. Le CSSP2 est présent dans le CH2 depuis 1987 et exerce la fonction de CSSP dans un pôle de médecine depuis 2008. La CS3 a intégré le CH3 en 2009 sur son poste actuel de cadre de proximité ; il n'y a pas de cadre supérieur sur le CH3 et elle dépend directement de la CGS1/3.

## 2.2 Différentes formes de coopération dans une phase de transition

La coopération mise en œuvre jusqu'à présent a dû composer avec des défenses d'intérêts d'établissements privilégiant des actions complémentaires. Cette période peut être qualifiée de phase de transition.

### 2.2.1 Entre intérêts communs et intérêts d'établissements

Si les différents acteurs conçoivent la coopération entre les établissements comme une nécessité qu'ils ne remettent pas en cause, sa forme est parfois discutée. Les défenses d'intérêts de CHT et d'intérêts d'établissements coexistent dans une conception de coopération plus ou moins complémentaire ou communautaire.

A) Une coopération adoptée, une CHT en direction unique parfois discutée

Les PCME1 et PCME2, seuls membres des directoires interviewés présents en 2010, avaient un avis positif sur la constitution de la CHT. Pour le PCME2, déjà président de CME à ce moment-là, les médecins du CH2 se sont dit que cela « *faciliterait peut-être [leurs] coopérations médicales* ». La PCME1, chef de pôle et membre du Conseil Exécutif (CE) au moment de la constitution de la CHT, parle même d' « *euphorie au début du projet* » en considérant que « *ce projet permettrait d'être plus concurrentiel dans un environnement difficile* ».

Aujourd'hui l'ensemble des acteurs interviewés soulignent l'intérêt des échanges et l'enrichissement des réflexions apportés par la CHT en direction unique. Cependant le PCME2 regrette une complexification dans la prise de décision notamment vis-à-vis de la gouvernance en pôles d'activité: « *On n'est pas dans le pacte de simplification. Plus on hiérarchise la décision avec la direction unique et les chefs de pôles, plus on rend la décision complexe* ». Il affirme ainsi que le circuit décisionnel est devenu opaque pour lui bien qu'étant membre du directoire de son établissement et que participant aux directoires communs. Il élargit sa réflexion aux évolutions de gouvernance liées à la loi HPST : « *On éloigne la prise de décision ; les PH ont l'impression de faire tourner la boutique mais de ne plus avoir la main et que les directeur, les chefs de pôles et les présidents de CME sont là pour réfléchir à leur place* ». Ce constat le conduit à remettre en cause la justification de la direction unique : « *Le principe de la CHT ne pose aucun problème, ce qui pose problème c'est la direction unique et je persiste à penser que ce n'est pas indispensable. On aurait pu faire nos complémentarités par le biais de conventions sans direction unique* ». La CS3 la rejoint sur la complexification liée à la mise en place de la CHT en direction unique : « *Une coopération simple aurait été plus facile avec des partages d'expériences* ». Cela correspond à ce que nous avons précédemment défini comme une conception complémentaire de la coopération. Les établissements devraient dans ce cas rechercher les éléments de complémentarité dans leurs fonctionnements afin de contribuer à l'atteinte

de leurs objectifs. Une structure commune ne serait alors pas nécessaire. Cependant, cette vision ne correspond pas à celle présentée dans le projet de communauté et ardemment défendue par le directeur : cette dernière est en effet très communautaire avec pour objectif d'œuvrer ensemble à un projet de territoire en s'appuyant sur la CHT et la direction commune.

La PCME1 a quant à elle une vision opposée à celle du PCME2 : « *Il y a des freins d'organisation et de statut. Moi je rêve qu'il y ait une fusion mais les acteurs politiques ne porteraient pas ça pour l'instant* ». Elle défend une vision communautaire de la coopération qui serait selon elle facilitée par une fusion des établissements.

## B) Les intérêts communs et intérêts de CHT

Sur un certain nombre d'activités, les intérêts des établissements sont les mêmes et la mutualisation de leur gestion est bénéfique pour chacun d'entre eux. Ceci est le cas sur la politique d'achats dans laquelle l'élaboration d'appels d'offre communs permet de réaliser des économies par une massification de la demande. Ces démarches sont par ailleurs assez lourdes à mener et leur centralisation dans une direction des achats commune permet un gain de temps. La formation à l'utilisation de nouveaux produits ou matériels peut elle aussi être mutualisée.

Les PCME insistent quant à eux sur l'effet très positif des recrutements médicaux partagés. Pour la PCME1, « *Il y a un côté facilitateur dans le recrutement médical car on est plus attractifs. Par exemple en recrutant sur [le CH2] et en donnant une activité plus spécialisée ou de la recherche sur [le CH1]* ». La mutualisation de personnels médicaux répond donc aux besoins des établissements dans un contexte de recrutement difficile. Le DGCHT confirme cela en intégrant la dimension financière : « *Si nous ne faisons pas ça, nous n'attirons personnes et nous faisons de l'intérim à coût double d'un PH* ». La mise en commun des ressources se concrétise aussi progressivement au niveau des ressources humaines et des soins avec des groupes de travail de CHT sur la GPMC et sur des éléments transversaux des prises en charge des patients. Les membres des directions des soins apprécient particulièrement ces groupes et les considèrent comme très utiles. La CSSP1B affirme ainsi qu' « *on a à tout gagner avec la CHT, mutualiser des idées, des connaissances* ». Les nombreuses mutualisations correspondent à un volet plutôt complémentaire de la coopération : elles permettent à chacun des établissements de répondre à des besoins en ressources économiques, humaines et intellectuelles pour assurer ses propres missions dans les meilleures conditions.

D'autres conceptions de la coopération s'intéressent plutôt aux intérêts de la CHT en ayant une vision de mission des trois établissements sur le territoire. Ces visions plus prospectives, au-delà de la mutualisation, sont principalement décrites par le DGCHT au sujet de la gradation des prises en charges et de l'ouverture sur de nouvelles missions. Il

s'agit en premier lieu pour lui de « *profiter de la stratégie médicale de CHT en parcours et filières pour que chaque hôpital ait bien ses missions en évitant les redondances en spécialisant et en faisant de bonne qualité et sécurité à un coût soutenable* ». Il ne se place pas uniquement dans le domaine de la gestion comme nous l'avons vu précédemment mais aussi dans le domaine de la stratégie. Il précise qu' « *on peut le faire dès lors que chaque hôpital a recalibré ses activités et ses moyens de production autour des missions assignées* ». Il considère donc que la stratégie doit être commune et orienter les missions de chaque établissement. Outre la redéfinition des missions, la mise en œuvre de la coopération en CHT peut ouvrir de nouveaux horizons communs. Le DGCHT souhaite ainsi développer des activités de recherche qui peuvent être mises en place sur des établissements hospitaliers non universitaires : « *La recherche est très motivante pour les médecins et les soignants(...). A un hôpital, les cohortes sont trop petites mais à trois nous pouvons le faire* ». Nous sommes bien ici dans une vision communautaire de la coopération qui est définie à partir d'une stratégie de CHT et non d'intérêts convergents d'établissements. Si cette conception communautaire est très présente au niveau théorique lors de la préparation du dispositif de coopération, sa mise en œuvre peut s'avérer plus difficile que celle de la conception complémentaire en raison notamment de la défense d'intérêts d'établissements.

### C) Les intérêts d'établissements

Au-delà de conceptions parfois divergentes de la coopération, un certain nombre de préoccupations fortes spécifiques à chaque établissement restent très présentes au niveau de l'ensemble des acteurs.

Ainsi, les difficultés budgétaires du CH1 constituent une problématique très prégnante avec de grosses difficultés pour présenter un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) à l'équilibre. La CGS1/3 affirme ainsi que « *le projet CHT est un peu mis de côté car il y a de gros problèmes du côté du [CH1] ; je passe mon temps à enlever des effectifs en repensant les organisations et c'est difficile de travailler en plus sur des projets communs* ». Le temps important consacré au règlement des problématiques budgétaires du CH1 limite donc le travail effectué pour la CHT. Le DGCHT confirme cette problématique : « *Dans le [CH1] on gère de problèmes de fonds durs, complexes, lourds et chronophages. Tout n'est pas encore complètement traité et on est encore beaucoup occupé par du quotidien un peu extraordinaire* ».

Concernant le CH2, le PCME2 décrit une défense des intérêts de l'établissement par les professionnels dès le début du projet lié à une crainte de subir une domination par le CH1 : « *Il y a eu des problèmes de perception d'établissement. [Le CH2] ne voulait pas devenir pôle gériatrique et [voir le CH1 devenir] CHU. Etre établissement de référence ce n'est pas aspirer toute l'activité de l'hôpital de proximité* ». Nous pouvons remarquer que cette crainte

est due à une suspicion de défense d'intérêts d'établissements par le CH1. Cette crainte est partagée par la CGS2 qui parle de « *méfiance* ». Le CSSP1A considère que « *chacun essaie quand même de tirer son épingle du jeu et donc on peut être dans des rapports de concurrence* ». Il décrit cependant une évolution positive avec la CHT : « *C'était pire avant la CHT ; on n'avait tendance à s'orienter prioritairement vers d'autres partenaires ce qui n'est plus le cas maintenant* ». La CGS1/3 appelle à rompre avec ces visions de concurrence : « *La vue de certain est toujours celle de se dire que le [CH1] est l'hôpital de référence donc c'est toujours le [CH1] qui doit faire et ça sera toujours au détriment du [CH2]. Alors que pour moi une CHT ce n'est pas ça ; c'est regarder de chaque côté ce qui est le plus porteur, éventuellement ne faire certaines activités sur un seul site, ou d'avoir des consultations avancées mais avoir une réflexion de partage, de collaboration* ». Elle appelle ici à rompre avec une logique de concurrence pour rentrer dans une logique de coopération comme nous l'avons vu avec Laurent DELCOURT dans notre cadre théorique. Si les défenses d'intérêts du CH1 et du CH2 ne sont pas favorables à la coopération, il n'en va pas de même pour le CH3 : cet établissement est en effet entré dans la CHT en direction commune alors qu'il était en grande difficulté financière. Les activités spécifiques de SRR et d'EHPAD du CH3 font qu'il n'y a pas de concurrence avec les autres CH et même une complémentarité dans le parcours de soins avec le CH1 qui est le plus proche : Le CH1 assure la prise en charge MCO des patients du CH3 nécessitant des soins spécialisés ou somatiques. Le CH3 assure quant à lui une bonne part des activités de SRR des patients du CH1. La coopération complémentaire est donc ici très naturelle et la question de concentration d'activités ne se pose pas ; le CSSP1A qualifie cette coopération de « *rapport gagnant-gagnant* ». Le CH3 a particulièrement bénéficié des apports du CH1 : la PCME 3 indique que la CHT permet au CH3 de « *bénéficier de référents et de professionnels dont il ne pourrait pas bénéficier seul* ». La CGS1/3 et le CS3 se félicitent par ailleurs de l'ouverture des formations du CH1 pour les agents du CH3 avec pour chacune d'entre elles une à deux places réservées. Cela permet au CH3 de bénéficier de plus de formations pour un coût moindre. LA CHT a aussi permis de rompre avec l'isolement du CS3, unique cadre de santé du CH3 : « *En tant que cadre, sans la CHT je n'aurais pas de direction des soins ; je participe aux réunions de cadres du [CH1] ce qui est d'une grande richesse, je ne me sens pas isolée et suis au courant des évolutions* ». La CHT en direction commune a non seulement apporté l'expertise de personnels paramédicaux spécialisés mais aussi un appui important à l'encadrement de proximité grâce à l'intégration dans une direction des soins. La CGS1/3 conclue que « *c'est plus facile sur le [CH3] qui a besoin de la CHT ; le personnel voit bien tout ce que cela lui apporte. Ce n'est pas forcément le cas dans l'autre sens* ». Les mutualisations mises en place dans le cadre de la CHT répondent aux besoins du CH3 et donc à ses intérêts ce qui donne une vision très positive de la coopération sur cet établissement.

Le CH3 semble avoir tout à gagner avec la CHT en direction commune. Cependant ses acteurs craignent tout de même que la taille réduite de leur établissement le conduise à ne pas être suffisamment pris en compte dans cette coopération. La CS3 déplore que « *le [CH3] est tellement petit qu'on a tendance à l'oublier ; il faut être en éveil* ». La CGS1/3 confirme ceci en expliquant qu'elle rappelle régulièrement en réunion « *qu'il ne faut pas oublier le [CH3]* ». La PCME3 insiste sur la question d'autonomie à conserver notamment pour développer les projets spécifiques du CH3: « *Il est important que nous gardions une certaine autonomie même si en étant le plus petit établissement ce n'est pas facile. Cette autonomie permet de garantir la prise en compte des besoins locaux et de développer des liens avec la ville et ne pas être uniquement une structure d'aval du [CH1]. (...) Je voudrais que le [CH3] soit aussi une référence pour la population locale et la médecine libérale avec les consultations et des possibilités d'entrées directes au SSR* ». Si elle ne remet pas en cause le bienfondé de la coopération, elle défend aussi un projet spécifique du CH3 correspondant à un besoin local de la population.

Les différentes conceptions de la coopération reflètent les intérêts de CHT ou d'établissements défendus par chacun des acteurs et influencent le déploiement du projet communautaire de CHT.

## **2.2.2 Une coopération en phase de transition**

La coopération s'est développée en premier lieu sur des visions complémentaires de coordination, de partages d'expériences et de mutualisations. La dynamique paraît toutefois insuffisante pour une majorité des acteurs.

### **A) Un déploiement progressif des coopérations**

Trois types de coopérations ont été développés sur la CHT : des coopérations sur les filières, des mutualisations de groupes de travail paramédicaux et un développement d'une nouvelle activité de CHT. Le développement de coopérations sur les filières de prise en charge a été réalisé de manière bilatérale entre d'une part le CH1 et le CH2 sur les activités de médecine et d'urgence et d'autre part entre le CH1 et le CH3 sur les activités de gériatrie et de soins de suite. Cela est lié à un positionnement du CH3 en tant qu'établissement de proximité tout au nord du bassin de santé alors que le CH2 est l'établissement de proximité du secteur sud ce qui limite leurs possibilités de coopérations en filières.

Le développement de filières de prises en charge entre le CH1 et le CH2 connaît de réelles difficultés de mises en place. Les PCME estiment que ces coopérations dépendent de la volonté individuelle des responsables médicaux des différentes disciplines et que les pôles ne sont pas moteurs dans ces logiques de filières. Le PCME affirme que « *l'articulation [entre les pôles des différents établissements] n'existe pas. Il y a un projet médical de CHT mais les pôles n'ont pas un rôle crucial. C'est plutôt par service ou les acteurs ont créé des coopérations par disciplines* ». On retrouve sur ce point les méfiances précédemment

décrites entre les acteurs médicaux qui constituent un réel frein aux coopérations. Le PCME2 conçoit les filières de prise en charge en termes de capacité de prise en charge par les établissements : « *La gradation des soins ne s'applique qu'au fait qu'il n'y ait pas de réanimation au [CH2]. Seuls les patients lourds partent sur le [CH1]* ». Nous restons ici dans une vision très complémentaire de la coopération ne remettant pas en cause les modalités de prise en charge existantes dans un nouveau projet communautaire fondé sur les besoins de la population mais coordonnant les fonctionnements pour favoriser les intérêts de chaque établissement. Cela est le cas sur la filière neurologique citée en exemple par les PCME, les CGS, le CSSP1A et le CSSP2 pour la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC). Cette filière est gérée au niveau du CH2 par médecin généraliste titulaire d'un DU neuro-vasculaire ayant besoin de l'expertise du neurologue situé sur le CH1. La prise en charge a été organisée autour de l'Unité de Neurologie Vasculaire du CH1 avec des protocoles de prise en charge post interventionnelles dans le service de neurologie du CH2 pour les patient relevant du sud du bassin de santé et d'un protocole avec le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) pour adresser directement les patients au CH1. La filière a pu facilement s'organisée en raison de l'impossibilité du CH2 d'assurer une prise en charge complète de l'AVC. Concernant les autres secteurs, très peu de coopérations communautaires ont été développées. Elles nécessiteraient en effet une recomposition de l'offre de prise en charge des établissements en une offre de prise en charge de CHT pour laquelle une majorité d'acteurs, principalement les médecins du CH2, ne semble pas prêts. Ils craignent en effet d'avoir trop à perdre en activité ce qui freine la coopération dans la majorité des filières et limite le développement du projet communautaire.

Concernant la coopération sur la filière gériatrique entre le CH1 et le CH3, la CGS1/3 décrit son caractère complémentaire : « *Le [CH1] a besoin du plateau SRR du [CH3] et le [CH3] a besoin du [CH1] pour les hospitalisations de patients de SRR ou EHPAD en services aigus* ». Les CSSP1B et CS3 affirment cependant que la coopération se limite à des échanges entre médecins et entre cadre pour coordonner les transferts de patient. Il n'existe pas de travail en commun sur les procédures d'admission qui sont spécifiques à chaque établissement. Il s'agit donc plus d'une coordination entre des activités gérées indépendamment les unes des autres que d'une coopération qui comprendrait une définition commune de la prise en charge. Les deux établissements sont bien en fait complémentaires sur ces prises en charges mais la coopération est très limitée malgré la présence d'une directrice des soins unique pour les deux sites.

Si les coopérations sur les filières semblent difficiles à mettre en œuvre, de nombreux groupes de travail transversaux entre personnels paramédicaux se sont mis en place. Ils concernent des thèmes soignants fédérateurs comme la bientraitance, l'éducation thérapeutique mais aussi des sujets plus pratiques comme la prise en charge des escarres ou des troubles de la déglutition pour lesquels des protocoles communs ont été rédigés. La

CGS2 constate que « *c'est plus facile que sur les filières où il y a beaucoup plus de méfiance* » et que « *cela crée un rapprochement des équipes paramédicales et arrive à créer du lien* ». Ce travail en commun a été intégré par la CGS1/3 mais selon elle, pas encore par ses collaborateurs : « *J'ai maintenant le réflexe d'intégrer une personne du [CH3] aux projets du [CH1] et de mutualiser avec le [CH2] mais les cadres et cadres coordonnateurs [de pôle] n'ont encore pas ce réflexe* ». La mutualisation du travail sur la qualité des prises en charge fonctionne donc bien car il ne remet pas en cause la répartition des activités entre les sites. Elle permet l'enrichissement des réflexions et la connaissance des acteurs entre eux, facilitant une vision de CHT.

Le troisième type de coopération relève d'une logique communautaire. Il s'agit du développement d'un projet de CHT de développement d'une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC). La mise en œuvre de ce projet situe cette nouvelle activité sur le CH2 comprenant en partie des lits déportés du CH1. Pour la PCME1, la CHT a permis sur ce sujet d'avoir « *une force de frappe meilleure vis-à-vis de l'ARS* ». Au-delà des coopérations complémentaires précédemment décrites, la CHT peut ainsi ouvrir de nouveaux horizons par le déploiement de projets communautaires.

#### B) Une insuffisance de dynamique

La plupart des acteurs, qu'ils soient directeurs, médecins ou cadres déplorent un manque de dynamisme global : La CGS1/3 regrette ce manque de dynamisme dans la vie du projet communautaire : « *Le problème c'est qu'on ne travaille pas assez dans un esprit CHT. Je n'ai pas l'impression que le projet communautaire vive* ». Les distances entre les sites sont décrites par tous comme ne favorisant pas le développement de l'esprit communautaire : les déplacements sont très chronophages ce qui limite l'effectivité des participations croisées aux instances ou le nombre de réunions de travail. Des dispositifs de visioconférence ont été installés sur le CH1 et le CH2 ; le CH3 sera bientôt lui aussi équipé. Cette technologie est cependant peu utilisée ce qui peut indiquer que la problématique ne se situe pas uniquement au niveau des déplacements.

Ce manque de dynamique au niveau institutionnel concerne aussi les CGS. Le projet communautaire a été rédigé lors de la période de changement de CGS sur l'un et l'autre des sites. Ils n'ont pu alors être associés à son élaboration. LA CGS1/3 regrette qu'à son arrivée « *le projet communautaire était en cours de validation mais il n'y a rien sur la direction des soins* ». Elle reconnaît par ailleurs n'avoir « *travaillé quasi rien en lien avec le projet communautaire* ». Les deux CGS affirment travailler « *en bonne intelligence* » mais regrettent d'avoir du mal à trouver du temps pour échanger ; elles profitent de fin de réunions pour échanger sur les problématiques et ponctuellement pour coordonner les groupes de travail communs. Elles ont prévu de travailler ensemble à la mise en place de la journée soignante communautaire qui a lieu tous les deux ans. Celle-ci a pour but de

faire connaître aux personnels paramédicaux ce qui est réalisé sur les autres sites. Cette organisation a déjà été reportée en raison du manque de temps pour la préparer. La CGS1/3 constate cependant qu'au niveau des CGS, « *on ne co-construit pas les choses* ». Pour la CGS2, « *les filières sont seulement en train de se construire ; on essaie de travailler ensemble* ». Si un travail en commun sur le projet communautaire est souhaité par les CGS, il n'est pas encore en place.

Le CSSP1A considère lui aussi que la dynamique au niveau des directions des soins est insuffisante. Il reconnaît toutefois l'intérêt de la journée communautaire qui selon lui fonctionne bien « *parce que personne ne vient marcher sur les platebandes de l'autre* ». Il déplore en revanche que « *sur les prises en charges opérationnelles, les protocoles, les outils communs, il n'y a pas pour le moment* ». La CGS1/3 constate par ailleurs qu'il y a « *très peu de liens entre cadres coordo, je n'en connais pas mais peut-être qu'il y en a. Je n'ai pas l'impression que les cadres coordo travaillent ensemble* ». Nous constatons ainsi que la CGS1/3 n'exerce pas un rôle moteur dans la coopération entre les cadres supérieurs coordonnateurs de pôles des différents établissements. Les groupes de travail et la journée communautaire permettent un partage d'expérience dans une vision de mutualisation intellectuelle mais la mise en place d'organisations des prises en charges dans une logique de CHT n'est pas amorcée. Cela semble dû à une vision principalement complémentaire de la coopération par beaucoup d'acteurs ne permettant pas encore le déploiement d'une coopération communautaire telle qu'elle est prévue par le projet de CHT.

## **2.3 Une démarche à consolider progressivement**

Si un certain nombre d'actions de coopération ont été amorcées au niveau de la CHT, la démarche est à consolider en favorisant la mise en place du projet communautaire et en réfléchissant sur la structure de management.

### **2.3.1 La contribution au développement des projets**

Le DGCHT accorde une place essentielle aux CGS dans le déploiement du projet communautaire: « *Le directeur des soins est le seul soignant, médecins compris, à ne pas être d'un service ou d'un pôle ; il est donc le seul à avoir une vision globale. Il est irremplaçable* ». Cette vision est confirmée par la PCME1 qui considère que « *le directeur des soins a un rôle majeur dans les filières sur les protocoles, l'éventuelle création d'équipes de CHT, la mobilité, la politique qualité et sécurité des soins commune. Cela assurera une prise en charge de meilleure qualité* ». Les CGS ont donc une position privilégiée pour faire avancer les projets communs.

#### A) Des actions développant l'esprit de CHT

Différentes actions menées au niveau des directions des soins ont favorisé les échanges entre les professionnels paramédicaux des différents établissements et contribué ainsi à développer une vision de CHT. Cela est le cas avec la journée soignante communautaire spécifiquement mise en place dans cet objectif mais aussi avec les groupes de travail qui, outre l'enrichissement intellectuel et la mutualisation du travail, favorisent la connaissance mutuelle au-delà des frontières des établissements. Nous avons vu que selon Philippe BERNOUX, c'est la communication entre les acteurs qui permet l'évolution du système de relation nécessaire à la coopération. L'encadrement de proximité et les CGS ont un rôle important dans le bon fonctionnement de ces groupes. Ainsi le CS3 explique que « *Au début, les soignants ne voulaient pas trop y aller en disant qu'elles n'étaient pas bien accueillies* » et qu'elle a dû travailler avec la CGS1/3 pour qu'une place leur soit réellement faite malgré une expertise en soins souvent inférieure. En effet leur travail en EHPAD et SRR les conduit peu à gérer des problématiques somatiques et limite leur expérience en ce domaine. Il était nécessaire d'expliquer aux autres professionnels que cela n'était pas une question de capacité des personnels du CH3 mais bien un manque d'expérience dans la réalisation de certains soins. Depuis, « *les agents ont vu qu'ils progressaient en compétences, qu'ils n'avaient plus l'impression d'être dévalorisés par rapport aux agents des autres hôpitaux et ils sont maintenant ravis d'y participer et d'échanger avec leurs collègues* ».

Malgré la mise en place de ces échanges entre les personnels paramédicaux, le CSSP2 affirme que « *les problématiques des autres hôpitaux on ne les connaît pas* ». L'implication des cadres coordonnateurs de pôles dans la mise en place de projets communautaires semble donc loin d'être mise en œuvre. La CGS1/3 est par ailleurs en attente d'évolution du corps médical: « *Il y a encore besoin d'avancer au niveau médical, il y a une méfiance importante de part et d'autre. C'est beaucoup mieux au niveau paramédical, on sent les personnels prêts à avancer. Les cadres et les soignants suivront* ». Le CSSP1B affirme que cela existait au début de la CHT : « *On a eu des réunions entre les cadres coordonnateurs et une réunion avec tous les cadres mais ça s'est vite arrêté* ». Elle l'explique par le fait que selon elle, « *il n'y a pas de volonté des hommes* ». Elle précise : « *pas de ma part car je travaillerai bien avec eux* ».

Un levier semble toutefois très intéressant pour faire évoluer la situation : la mobilité entre les sites. Cela est déjà en place pour quelques postes médicaux multi sites qui ont permis selon les PCME de favoriser les connaissances mutuelle de organisations et donc leur coordination. La CGS2 imagine de favoriser la mobilité au niveau des cadres de santé : « *On pourrait travailler aussi sur l'intégration des nouveaux cadres, faire par exemple un recrutement ensemble ce qui pourrait favoriser le passage de cadres d'un site à l'autre. Là, j'ai recruté un cadre [du CH1] ce que je trouve très bien* ».

Le travail en commun des paramédicaux, la mobilité, les formations communes sont décrits comme très favorables à la connaissance des professionnels paramédicaux entre eux mais une dynamique supplémentaire notamment de la direction des soins semble nécessaire au développement de coopérations plus communautaires.

#### B) Le temps de l'acculturation

Comme nous l'avons vu, la mise en œuvre de la coopération sous forme communautaire comme elle est décrite dans le projet de CHT ne va pas de soi. Malgré un objectif communautaire clairement défini et partagé en début de projet, la défense d'intérêts d'établissements ou la crainte de perte d'activité orientent plutôt vers des coopérations complémentaires. Ceci a probablement conduit à l'échec de la mise en place rapide d'une direction commune sur l'ensemble des directions fonctionnelles. La PCME1 estime ainsi que « *les choses n'étaient pas mûres au niveau humain, juridique, activités* » ; il considère qu' « *il y avait besoin d'acteurs sur place dans chaque établissement, bien identifiés et d'un chapeau CHT. Demander à chacun de tout faire au niveau CHT ce n'était pas bon* ». Il conclue que « *l'idée était bonne mais ce n'était pas la bonne temporalité* ».

Le DGCHT considère qu'aujourd'hui encore la présence de proximité est toujours nécessaire : « *Pour l'instant, on est dans une phase transitoire : on est en train de préparer des changements profonds de l'offre de soins grâce aux évolutions de la médecine. On est en plein changement et sa profondeur suscite de l'inquiétude et nécessite d'avoir un référent sur le terrain pour les personnels* ». Nous retrouvons ici la notion de processus de changement décrit par Philippe BERNOUX lors de laquelle les acteurs s'approprient progressivement le changement et dans notre cas mettent en place peu à peu les coopérations communautaires. Cette phase de transition permet aux personnes de mieux se connaître, d'échanger sur leurs pratiques pour le processus de transformation ici enclenché.

### 2.3.2 La structure de la direction des soins

#### A) Entre demande de proximité et mutualisation

La structure des directions des soins reste très liée à une logique d'établissement ; le poste de CGS1/3 précédemment exclusivement sur le CH1 a été étendu au CH3 lorsque celui-ci a rejoint la CHT. Le CH3, ancien hôpital local de 143 lits avec des activités de SRR et d'EHPAD n'avait auparavant pas de directeur des soins : les deux cadres de santé en place dépendaient directement du directeur de l'établissement. Le poste de CGS sur deux sites n'a donc pas répondu à une logique de mutualisation de postes de direction mais à une logique d'apport supplémentaire pour un CH3 alors en difficulté. Comme nous l'avons vu précédemment, le CS3 apprécie particulièrement de pouvoir s'appuyer sur la CGS1/3 dans son exercice professionnel. Elle considère que ce fonctionnement correspond bien aux

besoins du CH3. Du côté du CH1, les CSSP1A et CSSP1B déplore quant à eux les absences nombreuses du CGS1/3 sur leur site notamment lors la préparation de l'évaluation externe du CH3. Ils considèrent avoir vraiment besoin d'un directeur des soins à plein temps sur leur site d'autant plus que cette fonction est couplée avec celle de directeur de la qualité. Le CSSP1A affirme ainsi : « *notre directrice des soins est présente une à deux demi-journées sur le [CH3] et ça nous fait défaut* ». Au niveau du CH2, le CSSP2 affirme aussi : « *on a besoin de proximité* ». Elle explique les difficultés rencontrées par les cadres coordonnateurs de pôle lors d'une période de vacance du poste de CGS : « *Il y a trois ans, on a eu un directeur des soins intérimaire pendant un an situé sur le [CH1] et on a dû prendre beaucoup de choses en charge nous-même* ». Le corps médical a soutenu la présence d'un CGS sur le CH2. Le PCME2 confirme que « *les médecins se sont battus pour garder un directeur des soins par établissement par nécessité de proximité au quotidien* ». Il explique cette position ainsi : « *S'il 'y en avait qu'un, comment ferait-il ? Comment déléguer ? On a essayé avec le DRH, ça a été la catastrophe* ». L'échec de la mise en place de directions fonctionnelles communes a beaucoup marqué l'ensemble des personnes interrogées. Cet échec a un impact important sur les réflexions portant sur la structuration des équipes de directions.

Si la proximité des directeurs des soins est souhaitée par les acteurs et notamment les cadre coordonnateurs de pôles, la présence d'un CGS commun entre les CH1 et CH2 a montré une certaine efficacité en terme de coopération. La CGS1/3 affirme ainsi que « *le lien CH1/CH3 est très lié au fait qu'il y ait un coordonnateur général des soins unique* ». Un poste mutualisé sur deux établissements présente en effet l'avantage de connaître les activités de chaque site et de pouvoir intégrer sans problème la dimension intersites à sa propre réflexion. Nous avons précédemment vu qu'il était difficile de trouver des temps d'échange sur les projets communs dans le cadre des coopérations. Dans le cas d'une direction commune, la dimension communautaire a l'avantage d'être de fait présente. La présence de deux CGS sur la CHT pose par ailleurs une difficulté d'équilibre dans les relations avec le DGCHT de CHT ; la CGS2 constate ainsi que « *très honnêtement, le directeur est très souvent sur le [CH1]. Il a beaucoup plus de contacts directs avec la directrice des soins du [CH1] ; moi, au quotidien, je le vois peu* ». La dissymétrie de l'organisation de la direction générale et de la coordination générale des soins présente donc tout de même une difficulté d'équilibre.

La présence de deux CGS sur les deux plus importants établissements répond à une demande de proximité et probablement aussi à un besoin d'accompagnement dans une phase de transition. Cependant nous pouvons constater au travers de la direction des soins unique entre le CH1 et le CH3 que la mutualisation contribue à la coopération. Face à un projet de CHT qui peine à s'appliquer au niveau des activités de soins et à une difficulté de coordination des acteurs de différents établissements, une coordination générale des soins

unique pourrait apparaître comme un moyen efficace de contribuer au développement d'une coopération communautaire.

B) Vers une évolution de structure des directions des soins?

Le DGCHT considère qu'il n'est pas envisageable aujourd'hui d'avoir une coordination générale des soins unique : « *Pour l'instant, on est dans une phase transitoire : on est en train de préparer des changements profonds de l'offre de soins grâce aux évolutions de la médecine. On est en plein changement et sa profondeur suscite de l'inquiétude et nécessite d'avoir un référent sur le terrain pour les personnels. Il n'est donc pour moi aujourd'hui pas pensable de ne pas avoir une directrice des soins sur chaque établissement* ». Il considère en revanche que « *l'étape de l'idéal c'est une coordinatrice général des soins pour l'ensemble de la CHT qui va faire mettre en œuvre le projet stratégique avec une directrice des soins sur chaque hôpital* » mais que la CHT n'est pas prête : « *Si un jour on atteint un nouveau palier organisationnel, une relative stabilité, peut-être que ce sera possible mais pas aujourd'hui* ». Il lie la question de la coordination générale des soins au développement progressif d'une coopération communautaire. Nous retrouvons ici la notion de processus vue dans le cadre théorique avec des étapes de coopérations se succédant dans le temps. Le DGCHT est conscient que les deux CGS, présentes seulement depuis deux ans sur leurs postes, ont d'importantes difficultés à gérer dans leurs établissements respectifs. Il leur demande pour l'instant de « *développer des mutualisations et une stratégie commune* » et affirme qu'« *elles sont très désireuses d'y aller* ». Il s'agit donc bien de gérer une phase de transition avec un accompagnement de proximité des équipes. La mise en place d'une coordination générale des soins unique pourra être envisagée ultérieurement, dans la phase de consolidation une fois que la vision communautaire sera effectivement en place. LA CGS2 se dit assez partagée sur le sujet, la direction commune étant située sur le site du CH1, il ne faudrait pas « *que le [CH2] ait l'impression de se faire dicter une conduite par le [CH1]* ». Elle ajoute que « *si on ne crée pas suffisamment de confiance et si on met une coordonnatrice unique, ça risque de ne pas passer* ».

Nous retrouvons ici bien la notion d'esprit communautaire nécessaire à une évolution de structure au travers du terme de « *confiance* ». Ce terme signifie en effet qu'il est nécessaire que chacun soit convaincu que l'autre agit avant tout dans l'intérêt de la CHT et non de son établissement. Cette nécessité d'évolution semble particulièrement vraie au niveau du CH2, comme nous l'avons vu, un corps médical qui s'est battu pour maintenir un CGS et un CSSP2 qui affirme avoir « *besoin d'un interlocuteur sur le site pour les soins* ». Il ajoute : « *On n'est pas deux hôpitaux fusionnés ; on a besoin aussi de vivre une autonomie* ». La crainte d'une domination par les acteurs du CH1 est encore bien présente. En revanche, les acteurs du CH1 semblent prêts à envisager une évolution ; le CSSP1A affirme qu'« *on peut imaginer un coordonnateur général des soins unique et un directeur des soins par*

site » et le CSSP1B que pour les CGS « *ce serait peut-être se répartir par secteurs d'activité au lieu de se répartir par établissement* ». Le CSSP1A étend même cette réflexion à l'organisation polaire : « *On pourrait par exemple avoir des pôles par filières qui seraient communs sur chaque établissement* ». La PCME1 voit dans une éventuelle mutualisation une structure favorisant la coopération sur les filières : « *On pourrait imaginer un coordonnateur général des soins de CHT avec un cadre upgradé sur [le CH1 et le CH2] pour coordonner les cadres coordonnateurs de pôles. (...) Ça assurerait un premier socle de politique volontariste sur une prise en charge commune sur la CHT* ». Il étend même cette réflexion à la représentation médicale tout en affirmant qu'il est encore trop tôt : « *Il faudrait avancer vers une direction des soins et une présidence de CME communes mais il faudrait être un peu plus mûr* ».

Nous retrouvons ici la notion de processus de changement. Ce processus nécessite des temps d'appropriation de la coopération dans son versant communautaire. La mutualisation des équipes de directions est un élément de consolidation de la coopération qui nécessite tout d'abord que les craintes soient levées et que les acteurs s'approprient la vision communautaire. Cette phase de transition nécessite une proximité, et si la mutualisation de la coordination générale des soins semble pour les différents acteurs un élément favorisant a développement d'une coopération communautaire, sa mise en place ne doit pas intervenir trop rapidement.

L'enquête menée auprès de responsables d'une CHT a fait apparaître un certain nombre de difficultés dans la mise en place d'une coopération communautaire. Leurs critiques - positives et négatives-, leurs craintes et leurs attentes sur les actions mises en œuvre et la structure de l'encadrement nous conduit à proposer des préconisations pour une contribution efficace du CGS a un processus de coopération communautaire au sein d'une CHT.

### 3 Préconisations

Le travail réalisé nous conduit à proposer des préconisations qui positionnent le CGS comme un acteur essentiel du développement de la coopération communautaire. Celle-ci est à développer dans le cadre d'une démarche projet structurée mobilisant l'ensemble des acteurs des établissements et intégrant, dans un deuxième temps, une réflexion sur la structure des équipes de directions dont celle de la direction des soins.

#### 3.1 Structurer une démarche projet

La démarche de coopération en CHT nécessite une structuration par un comité de pilotage dans lequel le CGS a une place importante. Une fois constitué, ce comité de pilotage définit un projet communautaire, fil conducteur de la coopération.

##### 3.1.1 Contribuer au pilotage de la démarche

De par son positionnement à la fois stratégique, organisationnel et opérationnel le CGS apporte une contribution significative au sein de l'équipe de pilotage de la démarche projet.

###### A) Se positionner comme un des acteurs essentiels

Comme nous avons pu le voir dans notre étude, la mise en place d'une coopération en CHT nécessite le déploiement d'un processus de changement nécessitant une vision, une dynamique dans le temps et une implication de nombreux acteurs. Cette démarche ne peut s'improviser et doit s'appuyer sur une gestion de projet appréhendant une vision à la fois stratégique et opérationnelle de la coopération. Le CGS a un rôle très important dans la mise en place de cette démarche car ses missions recouvrent ces deux dimensions : la dimension stratégique en tant que membre de droit du directoire au sein duquel « *il participe au positionnement stratégique de l'établissement sur le territoire et aux coopérations entre établissements, conformément au Contrat d'Objectifs et de Moyens* » et la dimension opérationnelle dans laquelle « *Il organise la cohérence des parcours de soins en coordination avec la communauté médicale, le personnel de soins, de rééducation et médico-technique et les services supports* » et « *il anime et coordonne les activités des cadres soignants* »<sup>37</sup>. Nous avons vu dans notre étude des difficultés de développement des coopérations au niveau des pôles d'activité malgré un projet institutionnel volontariste. Les missions du CGS au niveau à la fois stratégique et opérationnel est à même de lui permettre de contribuer, en lien avec les responsables médicaux, au déploiement du projet institutionnel de coopération au niveau de pôles. Le CGS peut en effet porter au niveau

---

<sup>37</sup> DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, op.cit., p.5

institutionnel une vision de terrain et contribuer au déploiement de la politique de coopération dans les pôles par l'intermédiaire de l'encadrement supérieur de pôle.

Première préconisation : S'impliquer dans le pilotage du projet de coopération afin de garantir une cohérence entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel.

B) S'associer dans un comité de pilotage

Si la coopération en CHT nécessite l'implication de l'ensemble des acteurs des différents établissements, le projet doit être piloté par un groupe restreint. Ce groupe, avec à sa tête le ou les directeurs des établissements, a pour objectif de définir les objectifs du projet communautaire, d'impliquer l'ensemble des professionnels et d'assurer le déploiement et le suivi de la démarche. L'ensemble des établissements doit être représenté de la même manière dans ce comité de pilotage pour assurer une équité. Sa composition doit permettre d'associer les différentes visions de l'hôpital : le pilotage stratégique de l'établissement avec les directeurs, le projet médical avec les PCME et éventuellement des chefs de pôles, l'organisation des soins avec le CGS et la gestion administrative avec des directeurs adjoints. Cette composition permet l'étude d'un projet médico-soignant communautaire pouvant s'appuyer sur des activités support intégrées. Un représentant des collectivités territoriales et des usagers de chaque conseil de surveillance peut par ailleurs être associé régulièrement dans une configuration élargie.

Deuxième préconisation : Participer à la mise en place d'un comité de pilotage réunissant les responsables administratifs, médicaux et soignants des différents établissements.

### **3.1.2 Développer un projet communautaire pertinent**

La démarche de coopération nécessite un cap donné par le projet communautaire qui s'appuie analyse interne et externe de l'existant.

A) Prendre en compte l'existant et l'environnement

Nous avons vu dans notre étude que selon les activités des établissements, ils peuvent se trouver dans une situation plutôt concurrentielle ou plutôt complémentaire. Le positionnement géographique des établissements peut par ailleurs permettre plus moins une gradation des soins. Nous avons aussi vu qu'un petit établissement en grande difficulté verra beaucoup plus la coopération en CHT comme une opportunité de bénéficier de nouveaux moyens et accueillera beaucoup mieux la démarche. Des établissements situés dans un même bassin de santé ont par ailleurs toujours quelques coopérations en place, le plus souvent de type complémentaires, qui peuvent contribuer au développement de la

CHT. Il est donc très important de réaliser une analyse précise en interne pour bien maîtriser ces éléments qui constitueront les forces et les faiblesses pour la mise en place de la CHT. Au niveau de l'environnement, les établissements sont placés dans une position de concurrence à la fois avec établissements privés mais aussi avec les établissements publics proches du bassin de santé. La connaissance de leurs activités et de leurs champs d'attractivité est essentielle à une orientation adaptée de la coopération dans un milieu concurrentiel. Ainsi, le positionnement géographique des établissements, les flux de personnes dans le cadre de leurs activités professionnelles sont à prendre en compte avant un transfert d'activité d'un site de la CHT pour évaluer un risque de fuites de patients de la CHT. Les activités des établissements sont par ailleurs soumises à autorisation de l'ARS ; une connaissance des orientations régionales au travers du projet régional de santé mais aussi et surtout d'échanges directs avec l'ARS sur sa vision de la place de la CHT dans l'offre de soins de la région. Cette connaissance de la concurrence des autres établissements et des orientations régionales de l'ARS permettent de définir les risques et les opportunités de la mise en place de la CHT.

Si l'analyse environnementale des risques et d'opportunités sera plutôt du ressort du directeur, les CGS, de par leurs très bonnes connaissances de terrain, apportent une contribution essentielle à l'analyse interne des forces et faiblesse des établissements.

Troisième préconisation : Participer à la réalisation d'une analyse interne et externe détaillée pour définir les forces, faiblesses, risques et opportunités de la coopération.

#### B) Définir un projet communautaire

Le CGS se doit de participer avec le comité de pilotage de la CHT à la définition d'un projet communautaire qui a pour objectif de donner une ligne directrice à l'ensemble des actions menées. Ce projet communautaire s'appuie sur un projet médical de CHT qui correspond à une organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de territoires. Il prend en compte les coopérations existantes pour les amplifier, éventuellement les modifier. Ce projet médical est à enrichir d'un projet de soins idéalement selon nous dans un projet médico-soignant de prise en charge du patient sur la CHT. En effet, la nécessité de travailler en commun dans les structures internes ne peut être satisfaite que si le rapprochement est effectué dès la conception des projets. Cela garantit que les encadrements médicaux et soignants poursuivront des objectifs communs ou pour le moins complémentaire. A ces projets s'ajoutent les projets de mutualisation des activités support comme les achats, source d'importantes économies par massification des appels d'offres ou les systèmes d'information, source de facilitation de transfert de données et donc de la coopération. S'ajoutent enfin les questions de gouvernance avec la définition d'instances communes ou

de représentations croisées les mieux à même de permettre le développement de la coopération. Ce projet partagé constituera le fil conducteur permettant d'aboutir progressivement à une coopération de type communautaire.

Quatrième préconisation : Participer à la définition d'un projet communautaire prenant en compte l'ensemble des dimensions de l'activité hospitalière et fixant un cap à la coopération.

## **3.2 Déployer la démarche au niveau des pôles et structures internes**

Une fois la démarche projet structurée, ses objectifs doivent être partagés par les professionnels pour être poursuivis par filières. Un projet de soins ou médico-soignant de CHT est à même de formaliser le déploiement de ces actions.

### **3.2.1 Favoriser l'appropriation de la démarche par les professionnels**

Si la démarche projet est pilotée par un groupe restreint, l'esprit de la coopération doit être insufflé à l'ensemble des personnels de la CHT. Les échanges entre les professionnels des différents établissements ainsi que l'exercice multi site et la mobilité sont à même de favoriser l'appropriation de la démarche. En tant que responsable de l'encadrement soignant et président de la CSIRMT, le CGS est à même d'agir au niveau du personnel paramédical.

#### **A) Favoriser les échanges inter établissements**

Cette étape d'appropriation de la démarche nécessite du temps mais aussi et surtout des actions favorisant la rencontre entre les professionnels des différents établissements ou la mobilité de ces personnels. La plupart des groupes de travail sur des thèmes soignants transversaux concernent l'ensemble des établissements et nous avons vu qu'ils permettent des coopérations ne remettant pas en cause d'éventuels intérêts particuliers. La limite de ces travaux en commun est le temps de déplacement des professionnels ; l'utilisation de la visioconférence en alternance avec des réunions dans lesquelles tout le monde est présent constitue un bon compromis. Des regroupements des encadrements soignants de la CHT lors de journées de séminaire sont aussi accueillis très favorablement. Ils permettent aux différents professionnels de mieux se connaître et de mieux connaître les fonctionnements des autres établissements. Un certain nombre de craintes peuvent ainsi être levées ce qui facilite le travail par la suite vers des actions de coopérations plus concrètes.

Nous préconisons tout d'abord d'assurer un lien entre les CSIRMT des établissements en mettant en place une représentation croisée entre les établissements et en organisant annuellement une réunion des CSIRMT des établissements. Nous proposons par ailleurs de regrouper tous les groupes de travail soignants au niveau de la CHT en alternant les réunions en présentiel et à distance. Des visites croisées par spécialité entre les encadrements de proximité des différents établissements, voire une partie des équipes, constituent aussi un très bon moyen de connaissance mutuelle. Ces visites seront aussi proposées aux médecins. Nous proposons aussi que les opérations comme des séminaires cadres ou la semaine de l'encadrement soient organisées au niveau de la CHT pour favoriser des échanges formels et informels entre les professionnels en dehors du fonctionnement quotidien des unités de soins.

Cinquième préconisation : Développer les échanges entre professionnels paramédicaux des différents établissements pour favoriser l'appropriation d'un esprit de CHT.

#### B) Favoriser l'exercice multi site et la mobilité

L'exercice multi site constitue un pont entre les établissements de la CHT en tant que moyen de communication, relai dans les prises en charges et aussi en tant qu'acteur ayant une vision globale d'un secteur d'activité ou d'un domaine d'expertise transversal. Si cet exercice multi site est principalement utilisé pour palier à des difficultés de recrutements médicaux, le CGS peut tout à fait le mobiliser dans le domaine soignant. Il peut s'agir de spécialistes comme les orthophonistes ou les infirmières stomathérapeutes, ou de cadres paramédicaux de santé de petites unités comme les unités d'hygiène hospitalière par exemple. Un autre moyen de lien entre les professionnels des différents sites est la mobilité inter site ; les CGS peuvent prioriser les souhaits de mobilité dans la CHT qui pourront émerger suite aux échanges inter établissements précédemment décrits. La promotion professionnelle des personnels paramédicaux peut par ailleurs être étudiée en commun : ainsi un professionnel souhaitant développer par exemple un projet cadre dans un établissement n'ayant pas de besoin identifié pourrait être orienté vers un autre établissement de la CHT qui pourrait soutenir ce projet.

Nous préconisons ainsi un réel travail en commun des CGS pour avoir une bonne visibilité des besoins de chaque établissement et donc des mutualisations et mobilités possibles.

Sixième préconisation : Partager la vision des ressources paramédicales des établissements entre directions des soins pour favoriser l'exercice multi site et la mobilité.

### 3.2.2 Développer les coopérations par filières

Le développement de coopérations par filières de prise en charge nécessite une implication des encadrements de pôles en lien avec le comité de pilotage de la CHT.

#### A) Impliquer l'encadrement de pôle dans une coopération par filières

Si le pilotage du projet de coopération est assuré par un groupe restreint, le travail par filière doit être réalisé au plus près des activités. Les cadres coordonnateurs de pôle ont un rôle essentiel de relai des orientations institutionnelles en lien avec les médecins chefs de pôles et l'encadrement de proximité. C'est en effet bien ces acteurs qui peuvent, avec leur expertise de proximité, déployer les coopérations par filière qui constituent les déclinaisons opérationnelles du projet de CHT.

Incités à se connaître au travers des échanges inter établissements précédemment décrits, ils doivent aussi être clairement missionnés par les CGS pour travailler ensemble à la définition de parcours de soins par filières. Cette définition gagnera aussi être réalisée avec les médecins au travers de projets médico-soignants de prise en charge des patients. Le CGS a donc tout intérêt à synchroniser l'impulsion donnée au niveau de l'encadrement soignant avec une impulsion de la part du PCME sur le personnel médical et un appui sur le projet médico-soignant de prise en charge du patient sur la CHT.

Septième préconisation : Missionner les cadres coordonnateurs de pôles pour le développement de parcours de soins inter établissements par filières en collaboration avec le corps médical.

#### B) Assurer une coordination entre le stratégique et l'opérationnel

Nous avons préconisé pour le développement de la coopération en CHT un pilotage stratégique de la démarche par un groupe restreint et une définition opérationnelle des filières de prises en charge par les pôles. Le lien entre ces deux dimensions est essentiel à la réussite du projet : la ligne directrice donnée par le niveau stratégique doit permettre de garantir une cohérence globale au projet et son adaptation au projet régional de santé, à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins. D'un autre côté, les acteurs des pôles sont les mieux à même de proposer des solutions innovantes et de garantir leurs faisabilités sur le terrain en raison de leur expertise de proximité.

Des moments d'échanges par filières de prises en charges entre les trios de pôles (chefs de pôles, directeurs référents de pôle et cadres paramédicaux de pôles) et le comité de pilotage sont nécessaires pour que le travail entre les pôles des différents établissements enrichissent le projet sans nuire à sa nécessité de cohérence globale au niveau de la CHT.

Le projet médico-soignant de prise en charge des patients sur la CHT peut servir de base à une évaluation régulière des avancées et à la définition d'éventuels réajustements du projet.

Huitième préconisation : Echanger régulièrement par filière entre les responsables des pôles des différents établissements et le comité de pilotage de la CHT pour évaluer les avancées et concilier dynamisme opérationnel et cohérence globale du projet.

### **3.2.3 Intégrer les actions dans un projet de soins ou médico-soignant de CHT**

Le déploiement du processus de coopération au niveau des professionnels paramédicaux doit pouvoir s'appuyer sur le projet de soins. Des actions favorisant l'appropriation de la démarche et la définition des filières de prises en charge de CHT sont à formaliser dans le projet de soins. Celui-ci peut être indépendant ou sous forme de projet médico-soignant de prise en charge du patient. Dans ces deux cas, les objectifs et actions menés en commun dans la démarche de coopération doivent constituer un socle. Il s'agit ici d'acter la déclinaison du projet communautaire institutionnel au niveau de la direction des soins. Les CGS pourront décider d'un document unique qui présente les projets communs puis les éventuels projets spécifiques à chaque établissement. Ils pourront aussi réaliser chacun un projet de soins ou un projet médico-soignant d'établissement mais celui-ci reprendra un socle commun fondé sur le projet de CHT. Il s'agit ici de déployer le projet de CHT au niveau des soins afin de favoriser l'appropriation de la démarche par les personnels paramédicaux des différents établissements.

Neuvième préconisation : Déployer le projet de CHT dans un socle commun de projet de soins ou médico soignant.

### **3.3 Envisager des mutualisations de structures**

En parallèle du développement des actions de coopérations, une réflexion sur la mutualisation des directions et des pôles est à mener pour structurer dans un deuxième temps un cadre communautaire.

#### **3.3.1 La coordination générale des soins**

La coopération entre les CGS est indispensable dès le début du projet. Une mutualisation de la coordination générale des soins sur la CHT peut être envisagée une fois la coopération bien développée.

##### **A) Une première étape de coopération**

Comme nous l'avons vu dans notre étude, un besoin fort de proximité de la direction est exprimé par l'encadrement de pôle. La phase d'initialisation, de décristallisation ou d'éveil selon les auteurs nécessite de mobiliser les acteurs dans le développement des coopérations. Les phases de transformation, recristallisation ou de désintégration-reconstruction sont quant à elle source d'instabilité et d'inquiétude et requièrent un cadre rassurant. Lors de ces phases, une mutualisation des directions des soins est difficilement envisageable. La présence en proximité du CGS semble en effet nécessaire pour favoriser l'appropriation de la démarche par les acteurs, atténuer les craintes de changement et d'accompagner les actions de coopération. En revanche, un lien fort entre les CGS est essentiel à l'implication des encadrements paramédicaux dans la coopération ; il s'agit de participer ensemble à la rédaction du projet médico soignant de CHT, d'étudier tout nouveau projet d'activité ou tout nouveau groupe de travail dans un cadre communautaire et d'évoluer progressivement vers une convergence des pratiques facilitatrice pour la coopération. La présence simultanée des CGS pour parler du projet communautaire auprès des personnels paramédicaux est essentielle pour qu'ils intègrent que ce projet n'est pas qu'un affichage institutionnel mais bien une réalité conduite en commun par les responsables des différents établissements.

Nous préconisons donc des rencontres régulières entre les CGS afin d'étudier ensemble les modalités d'appropriation de la démarche par les professionnels du soin et de développement des coopérations par filières et de porter collectivement le projet.

Dixième préconisation : Collaborer étroitement entre CGS dans les premières phases du processus de coopération pour favoriser la dynamique de coopération entre les pôles tout en garantissant l'accompagnement de proximité.

## B) Une possible mutualisation

Au fur et à mesure de l'avancée du projet communautaire, les actions de coopération s'ajustent puis se stabilisent dans une phase de reconstruction/intégration. Cette phase correspond à une diminution des incertitudes et une évolution sur des modes de coopération communautaires. Si les personnels se sont bien approprié la coopération et qu'elle a du sens pour eux, la mutualisation de la coordination générale des soins sur l'ensemble de la CHT peut être étudiée. Elle fait suite à la phase de coopération entre les coordonnateurs généraux des soins dans un objectif de renforcement du projet de prise en charge communautaire dans la CHT. Les relais sur le terrain avec des directeurs des soins ou des cadres supérieurs de site sont alors nécessaires pour le maintien d'un lien de proximité avec les équipes afin éviter tout sentiment de distance avec la direction des soins.

Onzième préconisation : Etudier dans un deuxième temps la possibilité de mise en place d'une coordination générale des soins commune relayée au niveau de chaque site. Cette mutualisation ne sera envisageable qu'une fois que les coopérations communautaires seront en cours de stabilisation et que les acteurs se seront approprié la démarche.

### 3.3.2 Les autres structures

La réflexion sur la mutualisation de la coordination générale des soins intègre une réflexion plus large au niveau des différentes fonctions de directions ainsi que des pôles d'activités.

#### A) Les directions administratives

La mutualisation de la direction générale des établissements est le plus souvent la première étape de création de postes de direction communs. La mutualisation d'autres directions peut être concomitante, différée ou absente. Si la mise en place d'une direction générale commune peut marquer le départ du projet en constituant un fort signal communautaire, les mutualisations suivantes peuvent quant à elle marquer la stabilisation des coopérations dans une phase de cristallisation ou intégration. Dans tous les cas, ces mutualisations ont un impact psychologique important pour les personnels et un impact opérationnel pour l'organisation des activités. Elles doivent donc être bien étudiées et coordonnées dans une stratégie d'évolution du projet communautaire. Les CGS, de par leur contact avec le terrain et les échanges avec l'encadrement de pôle et de proximité, sont à même d'apporter une vision précise de l'appropriation de la coopération et de la consolidation des projets de filières et donc de définir le moment opportun d'une mutualisation des directions.

Douzième préconisation : Etudier simultanément les possibilités de mutualisation de l'ensemble des directions et les inscrire dans un plan stratégique de déploiement du projet communautaire.

## B) Les pôles d'activité clinique

Comme pour les directions des soins, la mutualisation des pôles d'activité clinique est susceptible de favoriser une vision communautaire des coopérations. Des pôles transversaux sont en effet les plus à même d'adopter une vision de CHT dans l'élaboration de parcours de soins par filières. Néanmoins, cela nécessite qu'une confiance se soit installée entre les acteurs des différents sites de manière à ce que les professionnels ne pensent pas que le chef de pôle ou le cadre paramédical de pôle défendent prioritairement les intérêts de leurs établissements. Cette étape de la construction communautaire ne peut donc intervenir que dans la dernière phase du processus de coopération.

Les GCS ayant impulsé et accompagné le développement de coopérations par filières entre les pôles des différents établissements sont à même d'évaluer, avec les responsables médicaux, de la possibilité de mise en place de pôles d'activités cliniques de CHT.

Treizième préconisation : Etudier la possibilité de mise en place de pôles d'activités cliniques de CHT dans la phase d'intégration du projet de coopération afin de favoriser la prise en charge de parcours patients de territoire par filière.
---

## Conclusion

L'étude menée auprès de la CHT a montré la nécessité de prise en compte de plusieurs dimensions complémentaires dans le projet de coopération. La dimension stratégique de pilotage institutionnel doit ainsi être relayée au niveau opérationnel par une appropriation de la démarche accompagnée par les chefs de pôles et les cadres paramédicaux de pôle. Les coopérations complémentaires comme les mutualisations de processus transversaux et de groupes de travaux, plus faciles à mettre en œuvre, constituent une base sur laquelle le projet de CHT peut s'appuyer pour construire progressivement une coopération communautaire fondée sur les filières de prises en charge. La question de la structuration de directions de CHT, dont celle concernant la coordination générale des soins, se pose au fur et à mesure du déploiement de la politique de prise en charge communautaire du patient. Le développement de ces actions nécessite du temps pour lever les craintes liées au changement et favoriser l'appropriation progressive d'une culture de CHT. Ce développement nécessite aussi de l'organisation pour déployer le processus de coopération en tant que processus de changements. Les acteurs des différents établissements doivent apprendre à se connaître, à se faire confiance et à travailler ensemble.

Ce processus de coopération nécessite selon nous un pilotage dans le cadre d'une démarche projet structurée avec un projet communautaire donnant le cap à suivre. Le CGS a toute sa place dans ce pilotage avec sa vision à la fois stratégique en tant que membre du directoire et sa vision organisationnelle et opérationnelle en tant que co-organisateur des parcours de soins et animateur des équipes d'encadrement soignants. Il a aussi un rôle décisif, en lien avec les responsables médicaux, dans l'appropriation de la démarche par les responsables des pôles et des structures internes pour faciliter les liens inter-établissements et contribuer à la constitution de parcours de soins par filières sur la CHT. La définition et le déploiement du projet de CHT nécessite une coopération forte entre les directions. La question des directions communes et notamment celle d'une coordination générale des soins de CHT doit être réfléchi dans le cadre d'une identification de la dimension communautaire sans remise en cause de la nécessité d'accompagnement de terrain. Concernant les CGS, cette mutualisation ne semble pouvoir être envisagée que lorsque les acteurs de terrain se sont bien appropriés la démarche et que les coopérations communautaires sont en place.

Nous avons choisi d'appuyer notre travail sur l'étude d'une CHT afin d'obtenir une vision à la fois large et qualitative. Elle prend en compte en effet la dimension stratégique, la dimension de coordination et la dimension opérationnelle de l'action des GCS. Ces aspects ont été étudiés grâce à une enquête menée auprès des CGS, du DG, des PCME et de

cadres coordonnateurs de pôles. Le choix de l'entretien semi-directif permet quant à lui un recueil qualitatif de données. Les limites de ces choix résident dans la vision d'un seul établissement qui ne peut être représentatif de toutes les problématiques pouvant se présenter dans le développement des coopérations au sein d'une CHT. La coordination générale des soins commune observée a été réalisée par extension de la fonction en place sur le CH1 vers le CH3 qui n'en avait précédemment pas. Par ailleurs, le CH3 est de dimension réduite en termes de nombre de lits et de panel d'activités limité au SRR et à l'EHPAD. Si notre étude nous a permis de voir quelques impacts de la coordination générale commune, nous n'avons pas pu observer les résultats d'une mutualisation de deux postes de CGS, d'une coordination générale des soins commune sur des établissements de dimension similaire ni de coordination générale des soins unique sur une CHT. Ce type d'étude sur différentes CHT serait à même d'enrichir la réflexion et les préconisations sur la structure de coordination générale des soins dans le développement des coopérations en CHT.

Nous retiendrons de ce travail que la mise en place d'une démarche projet est essentielle à la fois pour structurer la coopération mais aussi pour que chaque responsable de pôle ou de structure interne intègre la notion de CHT à son organisation et contribue à son développement. Ces contributions sont efficaces lorsqu'elles sont exercées en pluri professionnalité de manière à bien prendre en compte toutes les dimensions de la coopération. L'ensemble des dirigeants a ainsi un rôle prépondérant dans le développement d'une dynamique collective, dans l'exemplarité sur le travail inter établissements en pluri professionnalité. C'est cette implication forte qui permet au projet communautaire de ne pas être un idéal théorique mais une réelle réorganisation territoriale de l'offre de soins fondée sur les besoins des populations.

Le projet de loi de santé actuellement en cours d'élaboration prévoit le remplacement des CHT par des GHT qui seraient obligatoires pour tous les centres hospitaliers et qui auraient une dimension plus intégrative<sup>38</sup>. Une assemblée générale de la GHT composée des directeurs, des PCME, de représentants des CS et directeurs des membres déciderait de la répartition des compétences et activités ainsi que des modalités de mise en cohérence des Contrats Pluri Annuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et des projets d'établissements. La convention constitutive devrait définir de nombreuses modalités communautaires comme la stratégie médicale commune, les modalités d'organisation et de fonctionnement, les compétences exercées par l'assemblée générale et par l'administrateur de la GHT en lieu et place des conseils de surveillance, des directeurs et

---

<sup>38</sup> CENTRE NATIONAL DE L'EXPERTISE HOSPITALIERE (CNEH), Site Jurisanté, TANGUY H., juillet 2014. *Le projet de loi relatif à la santé*. [Site visité le 8 octobre 2014], <http://www.jurisante.fr/wp-content/uploads/2014/07/Projet-de-loi-de-sant%C3%A9.pdf>, p.12-19.

des directeurs d'établissements. Le projet de loi prévoit la mutualisation obligatoire de fonctions et de missions au niveau du GHT comme la gestion d'un Système d'Information Hospitalier (SIH) et d'un Département d'Information Médicale (DIM) uniques, l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la gestion d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), le contrôle de gestion, l'organisation de la permanence des soins ou la politique d'achats.

La coopération territoriale sera donc encore plus à l'ordre du jour demain qu'aujourd'hui avec un renforcement des mutualisations de stratégies, de missions et de fonctions entre les établissements publics de santé. Il appartient aujourd'hui à leurs dirigeants et notamment aux CGS de se préparer à prendre une part active au développement des dynamiques de coopération des GHT à venir.

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel de la république française n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1242 du 20/10/2010 relatif aux instances communes de représentation et de consultation du personnel et aux pôles de territoire dans le cadre des communautés hospitalières de territoire. Journal officiel de la république française n°0246 du 22 octobre 2010 page 18909.

## Référentiel

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS – CENTRE NATIONAL DE GESTION,  
« *Référentiel métier de Directeur(trice) des soins* », mars 2010, 12 p.

## Ouvrages

ALTER N., 2006, *Sociologie du monde du travail*. Paris : Presses Universitaire Françaises, 357 p.

BERNOUX P., 1985, *La sociologie des organisations*. Paris : Editions du Seuil, 382 p.

BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Paris : Editions du Seuil, 308 p.

BLOCH M.A. et HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Paris : Dunod, 315 p.

COLLERETTE P., DELISLE G., PERRON R., 1997, *Le changement organisationnel : Théorie et pratique*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 169 p.

REY A., MORVAN D., DEBRAY R. et all, 2005, *Dictionnaire culturel en langue française*. Paris : SNL, Le Robert, 7232 p.

## **Articles de périodiques**

CHAUMONT C., janvier 2012. « Le paradoxe de la coopération en milieu hospitalier », *Gestions hospitalières*, n°512, Dossier Coopérations et organisations hospitalières, pp. 26-30.

HARDY-BAYLE M.C., septembre 2013. « Vers une organisation territoriale de la santé ? Le groupement de coopération sanitaire « réseau de promotion de la santé mentale dans le sud-Yvelines » », *Les cahiers de la fonction publique*, n°336, Dossier Établissements de santé : coopérations et parcours de soins, pp 31-39.

KELLER C., février 2013. « GCS et CHT. Alpha et oméga de la coopération hospitalière ? », *Gestions hospitalières*, n°523, Séminaire. Chaire management des établissements de santé EHESP-IDM. Coopération hospitalière. Articuler stratégie d'établissement/optimum global, pp.120-122.

LAPOSTOLLE M. et VALLEE J.C., septembre 2013. « Le parcours de soins, au cœur du projet d'établissement du CHU de Nantes », *Les cahiers de la fonction publique*, n°336, Dossier Établissements de santé : coopérations et parcours de soins, p 30.

LOUAZEL M., février 2013. « Coopérations hospitalières. Entre incitation réglementaire et intérêt à agir », *Gestions hospitalières*, n°523, Séminaire. Chaire management des établissements de santé EHESP-IDM. Coopération hospitalière. Articuler stratégie d'établissement/optimum global, pp.117-119.

MACRI C., janvier 2012. « Les directions des soins au sein des communautés hospitalières de territoire. Tendances et perspectives », *Gestions hospitalières*, n°512, Dossier Coopérations et organisations hospitalières, pp. 31-34.

MARTIN-BORN F., septembre 2013. « Outils de coopérations et parcours de soins », *Les cahiers de la fonction publique*, n°336, Dossier Établissements de santé : coopérations et parcours de soins, pp 25-27.

MARTIN-BORN F, septembre 2013. « Entretien avec Hubert JASPARD, directeur général adjoint du CHU de Nantes. Communauté hospitalière de territoire de Loire-Atlantique », *Les cahiers de la fonction publique*, n°336, Dossier Établissements de santé : coopérations et parcours de soins, pp 28-29.

TANGUY H., janvier 2013. « La coopération hospitalière de territoire en 2013. Les mariés de l'an II ? », *Gestions hospitalières*, n°522, JuriSanté, pp 61-64.

## **Rapports**

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX (A.N.A.P.), 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*. Paris, 90 p.

CORDIER A., 2013, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 recommandations du comité des "sages"*, Rapport, Ministère chargé de la santé. Paris, 108 p.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 2012, *L'Hôpital*, rapport 2012 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris, 295 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, septembre 2009, *"Hôpital, patients, santé, territoires"*. *Une loi à la croisée de nombreuses attentes*. Paris, 51 p.

## **Mémoires**

CAZENAVE J-B., 2012, *La structuration d'une filière gériatrique de territoire : un enjeu stratégique dans le contexte d'une direction commune. L'exemple des Centres Hospitaliers d'Agen, de Nérac, de Fumel et de l'EHPAD de Puymirol*, mémoire directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-Sociaux : EHESP, 59 p.

CAILLAUD R., 2012, *Le management des cadres de santé dans la nouvelle gouvernance des établissements: enjeux et perspectives pour la direction des soins*, mémoire directeur des soins : EHESP, 50 p.

CAILLAVET-BACHELLEZ V., 2010, *Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire*, mémoire DS : EHESP, 35 p.

ERGUY I., 2011, *Les enjeux de la structuration d'une filière gériatrique sur le Territoire de santé Navarre - Côte Basque*, mémoire directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-Sociaux : EHESP, 61 p.

JOYAU M., 2008, *Le rôle du directeur des soins dans la collaboration effective des personnels soignants en établissements hospitaliers publics et privés*, mémoire directeur des soins : EHESP, 33 p.

MUNIER DUBOIS N., 2005, *La coopération inter-institutionnelle en action sur le territoire d'Ille et Vilaine, Les conditions de sa réussite et de sa continuité*, mémoire de Diplôme Universitaire en travail social : Ecole de service social de la CRAMIF, Université PARIS XIII, 128 p.

VIGNOT S., 2011, *Les phénomènes d'acculturation dans le cadre des opérations de coopération, un facteur favorisant la mise en œuvre des politiques de santé publique au sein d'un territoire : exemple du Groupement Hospitalier Aube-Marne (GHAM)*, mémoire directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-Sociaux : EHESP, 56 p.

### **Conférences**

DAUMERON S., « Les deux conceptions du développement de relations coopératives dans l'organisation », *Xème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique*, du 13 au 5 juin 2001, Québec, 26 p.

DAUMERON S., « Structuration de la coopération au sein d'équipes projet », *XIIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique*, du 3 au 6 juin 2003, Tunis, 30 p.

### **Sites internet**

CENTRE TRICONTINENTAL (CETRI), DELCOURT L., Décembre 2006. « *Coopération* » : *une ébauche de problématisation*. [Site visité le 6 août 2014], <http://www.cetri.be/spip.php?article282>.

CENTRE NATIONAL DE L'EXPERTISE HOSPITALIERE (CNEH), Site Jurisanté, TANGUY H., juillet 2014. Le projet de loi relatif à la santé. [Site visité le 8 octobre 2014], <http://www.jurisante.fr/wp-content/uploads/2014/07/Projet-de-loi-de-sant%C3%A9.pdf>, 20p.

### **Documents divers**

COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE X, 2012. *Projet de communauté hospitalière de territoire 2012-2015*, document de présentation, 55 p.

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1: Guide d'entretien semi directif..... II

ANNEXE 2 : Schéma d'un processus coopératif ..... IV

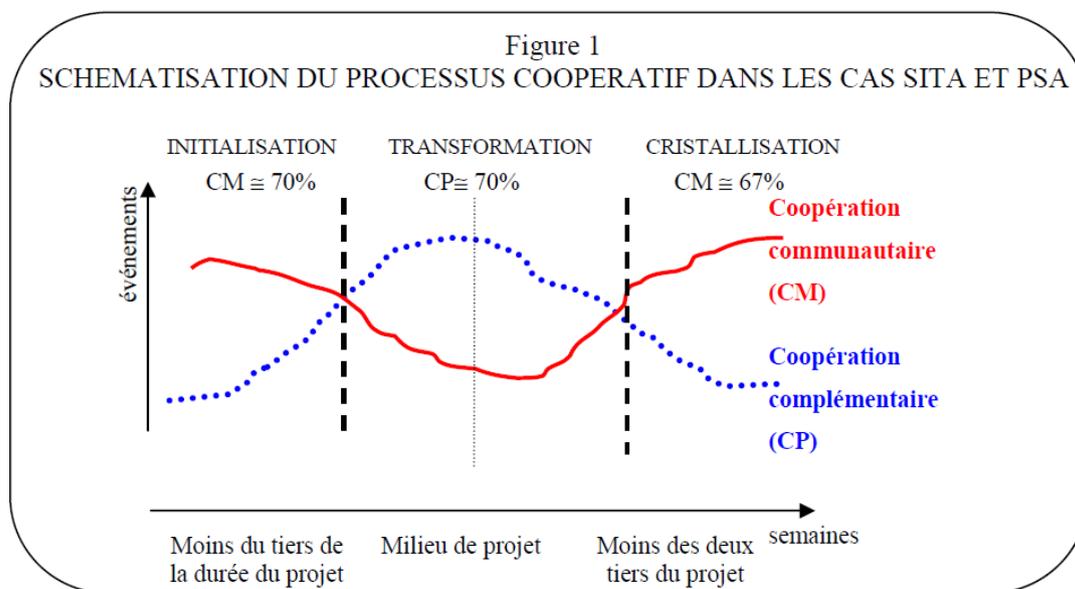
## ANNEXE 1: Guide d'entretien semi directif (1/2)

DS (2)	DGCHT	PST CME (2)	CSS + CS (3)
<b><u>Mise en place de la CHT en direction commune</u></b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parcours professionnel</li> <li>- Quel Impact la CHT en direction unique a-t-elle sur votre fonctionnement ?</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etiez-vous présent au moment de sa mise en place ?</li> <li>- Si oui, comment s'est-elle mise en place ?</li> <li>- Si non, comment vous êtes-vous inscrits dans cette organisation ?</li> <li>- Comment parviennent à se positionner les différents responsables ?</li> <li>- Quels changements dans l'organisation générale ?</li> <li>- Quel est le positionnement des pôles dans la CHT ?</li> <li>- Quels avantages, inconvénients ou difficultés identifiiez-vous sur la CHT ?</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment parviennent à se positionner les différents responsables ?</li> <li>- Quels changements dans le fonctionnement du pôle ?</li> <li>- Quel est le positionnement des pôles dans la CHT ?</li> <li>- Quels avantages, inconvénients ou difficultés identifiiez-vous sur la CHT ?</li> </ul>	
<b><u>Direction des soins</u></b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment s'est décidée la mutualisation de 2 DS ?</li> <li>- Qu'en pensez-vous ?</li> <li>- Avantages inconvénients ?</li> <li>- Quelle articulation entre une direction unique et 2 DS ?</li> <li>- Quel lien entre les DS et la commission de communauté ?</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que pensez-vous de la direction des soins commune ?</li> <li>- Avantages, inconvénients ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet de soins de territoire entre 2 DS ?</li> <li>- Actions communes ?</li> <li>- CSIRMT commune ? pourquoi ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voyez-vous ou verriez-vous un intérêt à un projet de soins de territoire ?</li> </ul>		
<b><u>Projet médico-soignant</u></b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les projets de soins sont-ils articulés avec le projet médical de CHT / d'établissement?</li> <li>- La présence de 2 DS pour 3 établissements est-elle facilitatrice ou problématique pour un lien entre les projets médicaux et soignants?</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment se construit un projet médical de CHT avec 3 CME ?</li> <li>- Se déploie t'il en projet médical d'établissement ?</li> <li>- Est-il articulé avec le ou les projets de soins ?</li> <li>- La présence de 2 DS pour 3 établissements est-elle facilitatrice ou problématique pour les médecins?</li> </ul>	

## ANNEXE 1: Guide d'entretien semi directif (2/2)

DS (2)	DGCHT	PST CME (2)	CSS + CS
<b><u>Filières inter établissements</u></b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment se font les liens entre les pôles, les services des différents établissements?</li> <li>- Est-ce que cela fonctionne bien selon vous ?</li> <li>- Quel est le rôle du DS dans les filières de la CHT ?</li> <li>- Est-ce plus facile à 1 ou 2 DS ? (proximité négociation...)</li> <li>- Influence sur coopération médico-soignantes</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décrire les coop. inter établissements du pôle</li> <li>- Qualité du fonctionnement avec l'autre établissement</li> <li>- Quel est le rôle du ou des DS dans les filières de la CHT ?</li> <li>- Est-ce plus facile à 1 ou 2 CGS ?</li> <li>- Influence sur coopération médico-soignantes ?</li> </ul>	
<b><u>Vision à venir</u></b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une évolution de la direction des soins est-elle envisagée? Souhaitée ?</li> <li>- Quelle vision du pilotage administratif, médical et soignant à venir pour la CHT ?</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelle vision du pilotage administratif, médical et soignant à venir pour la CHT ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est-ce qui pourrait améliorer les coopérations entre établissements de la CHT ?</li> </ul>

## ANNEXE 2 : Schéma d'un processus coopératif



PALENI

Nicolas

Décembre 2014

## Directeur des soins

Promotion 2014

# Le rôle du Coordonnateur Général des Soins dans le développement de coopérations au sein des Communautés Hospitalières de Territoire

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

### **Résumé :**

La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) est un dispositif de coopération fonctionnelle créé par la loi HPST ayant pour objectif de définir un projet commun de prise en charge des patients par un ensemble d'établissements publics sur un bassin de santé.

La constitution des CHT interroge sur le rôle du coordonnateur général des soins dans le développement des coopérations aussi bien au niveau stratégique, en tant que membre du directoire, qu'au niveau organisationnel et opérationnel en tant que responsable de la conception et la mise en œuvre du projet de soins et de l'organisation et l'animation de l'équipe d'encadrement.

L'étude d'une CHT constituée en 2009 est menée par entretiens auprès des responsables institutionnels et de l'encadrement soignant de pôles. Elle s'appuie sur une conception de la coopération intégrant à la fois des dimensions complémentaires et communautaires dans un processus de changement.

L'enquête montre la nécessité de temps d'appropriation et la difficulté d'aller au-delà de coopérations complémentaires. Les coopérations communautaires par filières de prise en charge se heurtent encore à des défenses d'intérêts d'établissements et à un manque d'initiative au niveau des pôles. Si une mutualisation des directions, dont la coordination générale des soins, semblerait faciliter la coopération, un besoin de proximité est exprimé dans cette phase de transition du processus afin d'accompagner les équipes.

Le coordonnateur général des soins a toute sa place dans un pilotage de la coopération en démarche projet. Il s'agit de déterminer en pluri professionnalité les objectifs communautaires poursuivis, de favoriser les échanges entre les établissements et de missionner les responsables soignants sur le développement de prises en charge des patients par filières sur le territoire. La coopération indispensable entre les dirigeants des différents établissements tout au long du projet pourra dans un deuxième temps conduire à une réflexion sur la mutualisation de leurs fonctions, dont la mise en place d'une coordination générale des soins commune.

### **Mots clés :**

Coopération interhospitalière – Territoire de santé – Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) – Changement – Mutualisation – Filière soins – Direction commune – Coordonnateur Général des Soins – Démarche projet – Appropriation

*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.*