



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'Établissement Sanitaire et
Social public**

Promotion : **2006 - 2007**

Date du Jury : **Décembre 2007**

**La direction commune, un mode de
coopération entre établissements
sanitaires et médico-sociaux
pérenne et efficient**

L'exemple des établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge

Céline EPI SSE

Remerciements

Je tiens à remercier :

- M. Florian JAZERON, directeur des établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge, de m'avoir accueillie pour mon stage, et surtout d'avoir guidé mes choix et de m'avoir accompagnée dans la production de ce mémoire
- M. Nicolas STUDER, directeur adjoint, pour être devenu maître de stage au pied levé, mais aussi pour m'avoir fait confiance en me laissant une grande autonomie tout en m'apportant son soutien et ses conseils
- L'équipe de direction pour m'avoir intégrée à part entière, pour leur sympathie et pour avoir fait de ce stage une expérience forte et enrichissante
- Les équipes du centre hospitalier de Saint Jean d'Angély et des maisons de retraite de Surgères et Matha pour leur disponibilité, leur dynamisme et leur collaboration
- Toutes les personnes que j'ai pu rencontrer en entretiens et qui m'ont permis d'enrichir ma réflexion par l'apport d'idées et d'arguments aussi différents qu'intéressants.

Sommaire

Introduction	1
1 La direction commune, un outil au service de la coopération et un remède aux problématiques des établissements	5
1.1 La direction commune : un montage atypique de coopération	5
1.1.1 La coopération au cœur des réformes sanitaires et médico-sociales.....	5
1.1.2 La direction commune, un modèle souple de coopération	9
1.2 La création de la direction commune : une réponse adaptée aux situations de Matha, Surgères et Saint Jean d'Angély.....	13
1.2.1 Une situation originelle favorable à la mise en place d'un tel mécanisme : des intérêts et des nécessités manifestes à coopérer.....	14
1.2.2 Des acteurs à convaincre du bien fondé de la création d'une direction commune.....	17
1.2.3 Le contenu des conventions de directions communes	19
2 La direction commune Matha, Surgères, Saint Jean d'Angély : un bilan positif qui atteste de la pérennité du montage	23
2.1 Une évolution satisfaisante de la structuration de la direction et des fonctions administratives et logistiques.....	23
2.1.1 Une évolution positive de l'équipe de direction qui traduit la réactivité du montage de direction commune	23
2.1.2 La mutualisation des moyens : un enjeu fondamental facilité par la direction commune	28
2.2 Un fonctionnement qui mérite d'être approfondi	32
2.2.1 La mutualisation des moyens : une efficience qui reste à parfaire	33
2.2.2 La coopération inter établissements en matière de prise en charge : un défi à relever.....	37

3.....	La direction commune, une solution pérenne qui recherche un fonctionnement optimal.....	43
3.1	La direction commune Matha, Surgères, Saint Jean d'Angély : un dispositif qui doit évoluer pour être pérenne.....	43
3.1.1	Un fonctionnement à optimiser.....	43
3.1.2	L'équipe de direction : un fonctionnement à parfaire.....	46
3.1.3	La prise en charge des personnes âgées : la nécessité de créer un dynamique de groupe entre les établissements.....	49
3.2	La direction commune : un mode de coopération qui peut être durable sous réserve d'être clairement défini.....	51
3.2.1	La direction commune, une formule de coopération qui peut évoluer.....	51
3.2.2	La direction commune, un montage viable sous certaines conditions	54
Conclusion.....		57
Bibliographie.....		59
Liste des annexes.....		I

Liste des sigles utilisés

AAH :	Attaché d'Administration Hospitalière
CA :	Conseil d'Administration
CH :	Centre Hospitalier
CME :	Commission Médicale d'Établissement
CTE :	Comité Technique d'Établissement
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DESS :	Directeur d'Établissement Sanitaire et Social
DRH :	Directeur des Ressources Humaines
E.H.P.A.D. :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FOH :	Foyer Occupationnel et d'Hébergement
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS :	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIE :	Groupement d'Intérêt Économique
GIP :	Groupement d'Intérêt Public
IPASS :	Inspecteur Principal des Affaires Sanitaires et Sociales
MCO :	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
PUI :	Pharmacie à Usage Intérieur
RP :	Représentants du Personnel
RTT :	Réduction du Temps de Travail
SIH :	Syndicat Inter Hospitalier
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR :	Service de Soins de suite et de Réadaptation

Introduction

La coopération est devenue, depuis plusieurs années, un enjeu fondamental du secteur sanitaire, social et médico-social. Les modes de gestion répondant à cet objectif sont nombreux et font soit l'objet d'un encadrement par les textes comme pour le Syndicat Inter Hospitalier (SIH) ou le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), soit preuve d'une certaine souplesse qui laisse une marge de manœuvre aux établissements adhérents comme pour le Groupement d'Intérêt Économique (GIE). C'est dans ce dernier cadre que rentrent les conventions et plus particulièrement, les conventions de direction commune. Selon M. ARGACHA¹, « la convention n'est pas suffisamment structurante pour traduire une volonté réelle de partenariat : elle n'exprime pas un engagement fort ». La convention de direction commune ne serait donc pas un outil sur la base duquel une véritable collaboration pourrait être mise en place entre les établissements signataires.

Pourtant, sur mon lieu de stage, les établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge sont unis par ce montage juridique depuis 1995. Elle regroupe le centre hospitalier (CH) de Saint Jean d'Angély, l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) de Surgères et la maison de retraite départementale de Matha, composée d'un EHPAD et d'un foyer de vie pour adultes handicapés. Les objectifs posés et qui sous-tendent la coopération entre ces établissements sont forts et témoignent d'une volonté d'œuvrer ensemble dans le sens d'une amélioration de la prise en charge des personnes âgées sur la durée. Les lignes directrices de ce partenariat sont :

- La mise en place d'un réseau gérontologique,
- Le renforcement de la dynamique de coopération entre les établissements,
- La mise en commun et l'optimisation des moyens logistiques et humains.

Ce montage rassemble globalement l'ensemble de ses acteurs qu'il s'agisse des politiques, des acteurs internes ou des partenaires externes comme les tutelles autour des avantages qu'il présente, même si, comme tout mécanisme, il n'est pas exempt de difficultés et de contraintes. Preuve en est de l'efficacité du dispositif : la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) a été l'initiateur, avec le

¹ ARCHAGA JP., DAUBOS JM., Février 1997, « Les actions de coopération interhospitalière », *Gestions hospitalières*, p.102

directeur, de l'entrée d'un quatrième établissement dans la direction commune : la maison de retraite de Saint Savinien.

En l'espèce, on constate que l'organisation de l'équipe de direction s'est affinée avec la création d'un poste de directeur d'établissement sanitaire et social (DESS). Cela a été un signe fort de leurs missions pour les établissements médico-sociaux. Le rôle du DESS revêt, dans le cadre d'une direction commune, une dimension particulière dans le sens où doivent être mises en place des valeurs, des pratiques et une culture communes.

De plus, la multiplication de ce type de mécanisme et la volonté affichée du ministère de les développer davantage attestent de la création d'une nouvelle forme de management et d'une nouvelle dimension du métier de DESS.

En définitive, tant le cas d'espèce des établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge, que les mouvements de regroupements des établissements sanitaires et médico-sociaux ou exclusivement médico-sociaux sous la forme de directions communes présument de l'existence d'une adéquation entre cette formule de coopération et les problématiques diverses des structures.

Se pose alors la question de savoir pourquoi et à quelles conditions la direction commune entre établissements sanitaires et médico-sociaux est un montage pérenne et efficient. Si certains considèrent que la direction commune ne constitue qu'une étape vers la fusion, j'essaierai de démontrer qu'au contraire, elle est un mécanisme viable et durable qui peut permettre d'instaurer une véritable collaboration tant en matière de ressources, qu'en matière de prise en charge.

Les hypothèses qui sous-tendent cette problématique sont les suivantes :

- La direction commune est un montage de coopération pérenne et efficient car elle répond aux problématiques qui jalonnent le secteur sanitaire, social et médico-social : les difficultés d'ordre financier ou managérial dans les établissements de petite et de moyenne taille, la nécessité pour les hôpitaux de proximité d'avoir un ancrage sur le territoire.
- La direction commune est un montage de coopération pérenne et efficient car elle permet aux établissements de se regrouper tout en conservant leur autonomie juridique et financière. En outre, le respect de chaque culture propre est préservé.
- La direction commune est un montage de coopération pérenne et efficient dans la mesure où elle est réactive pour tenir compte des évolutions vécues par chaque entité et à condition de respecter certains pré-requis.

Compte tenu de l'absence de littérature et d'études sur la direction commune, il est nécessaire de partir de cas d'espèces, qu'il s'agisse de celui des établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge ou d'autres, pour mener à bien cette analyse.

Pour ce faire, l'examen des documents spécifiques à mon établissement de stage et la conduite d'entretiens auprès des acteurs passés et actuels ainsi qu'auprès de directeurs d'autres directions communes constituent l'essentiel de la méthodologie.

La première partie mettra en avant que la direction commune, montage atypique, est une réponse aux besoins de coopération et aux contraintes vécues notamment par les établissements de petite et moyenne taille.

Dans la deuxième partie, un bilan de la direction commune des établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge qui dure depuis douze ans attestera que le système peut perdurer, même s'il existe toujours des objectifs à améliorer ou parfaire.

Enfin, la troisième partie tendra à démontrer que l'efficacité de tout dispositif passe par une adaptation constante et la recherche d'une organisation et d'un fonctionnement optimaux.

1 La direction commune, un outil au service de la coopération et un remède aux problématiques des établissements

La direction commune est une formule de coopération récente qui tend à se développer. Elle est particulière dans le sens où elle ne figure pas en tant que telle dans les textes relatifs à l'organisation des établissements.

Modèle souple, elle peut constituer une réponse adaptée aux difficultés de tous ordres rencontrées par les établissements, notamment sociaux et médico-sociaux. Cela a été le cas en 1995 pour la maison de retraite de Matha et celle de Surgères et en 2007 pour celle de Saint Savinien.

1.1 La direction commune : un montage atypique de coopération

La coopération est le maître mot de l'organisation sanitaire, puis sociale et médico-sociale depuis de nombreuses années. Les formules juridiques existantes sont diverses ; la direction commune est un montage particulier qui se caractérise par une grande souplesse liée à sa nature de contrat basé sur la volonté des acteurs en présence.

1.1.1 La coopération au cœur des réformes sanitaires et médico-sociales

Dans le secteur hospitalier, les établissements de santé sont encouragés voire incités à coopérer depuis le milieu des années soixante-dix. La principale idée sous-jacente à ce nouvel enjeu est le souci d'accentuer la qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses de santé. Cela suppose, d'une part, que soit abandonnée toute rivalité ou concurrence entre établissements comme par exemple, en matière de plateau technique et, d'autre part, qu'une régulation du système de santé visant à assurer l'ajustement entre l'offre et les besoins, une progression des dépenses proportionnelles à l'évolution de la richesse nationale et l'équité en matière d'accès aux soins² soit mise en place.

Dans le champ social et médico-social, la nécessité de coopérer est apparue plus récemment, dans les années quatre-vingt dix. Si la restructuration et la rationalisation de l'offre en est une cause, tout comme dans le champ sanitaire, il faut souligner que l'augmentation de la dépendance, les exigences de plus en plus nombreuses posées par les réglementations et le souci croissant de la société pour les problématiques liées au grand âge sont également des éléments majeurs à prendre en compte.

Outre ses raisons structurelles, la coopération se justifie par des causes conjoncturelles et financières. En effet, les difficultés de recrutements ou les pénuries de certaines professions médicales et paramédicales, l'insuffisance du nombre de directeurs,

² TOURNEUR S., 2001, « La coopération inter établissements dans le champ sanitaire et social : dynamique et enjeux », mémoire DESS : École Nationale de la Santé Publique, p 4.

les contraintes nombreuses et pointues de la réglementation qui nécessitent toujours plus de compétences techniques, l'importance des coûts justifient également le recours à des montages juridiques qui permettent le regroupement des établissements. Peuvent alors être facilités les recrutements, la mutualisation des moyens et des économies d'échelle en matière d'achats.

Les principaux textes régissant la coopération en matière sanitaire sont :

- La loi décembre 1970 portant réforme hospitalière³
- La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière⁴ : elle prône la mise en place de la planification sanitaire comme remède au suréquipement hospitalier.
- L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée⁵: elle met l'accent sur les procédures de planification hospitalière et propose la mise en place de nouvelles structures de coopération en conservant les modalités antérieures.
- La loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁶ : elle rénove les modes de coopération en privilégiant le GCS.

En matière sociale et médico-sociale, la coopération est encouragée par :

- L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales⁷ : il pose les bases de la coopération.
- La loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale⁸ : l'article 21 précise, en effet : « Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement [...], les établissements et services mentionnés à l'article L312-1 [...] peuvent :

1° conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé [...]

2° créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer [...]

3° créer des syndicats inter établissements ou des groupements de coopération sociale et médico-sociale [...]

4° procéder à des regroupements ou à des fusions [...] ».

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

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

⁵ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, 25 avril 1996.

⁶ Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel, 5 mars 2002.

⁷ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel, n°98 du 27 avril 1999.

⁸ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, 3 janvier 2002.

Il est à noter que l'ordonnance du 04 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé⁹ autorise les établissements sociaux et médico-sociaux à adhérer au GCS.

Les formules de coopération sont de deux types : les fonctionnelles qui ne donnent pas lieu à la création de personnes morales distinctes des établissements qui les initient et les institutionnelles qui débouchent sur la création d'une entité juridique nouvelle et autonome¹⁰. Ces dernières recouvrent principalement la communauté d'établissements, le SIH, le GIP, le GCS et le GCSMS.

La communauté d'établissements de santé, créée par l'article 30 de l'ordonnance du 24 avril 1996, vise à promouvoir les actions de coopération et de complémentarité, notamment conformément au Schéma Régionale d'Organisation Sanitaire (SROS) et son annexe. Il s'agit également de rationaliser l'offre de soins de proximité en particulier dans le secteur médico-social.

Le SIH est institué par la loi du 31 décembre 1970. Il permet la création d'un établissement public entre deux ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier. Il peut avoir pour finalité la création et la gestion de services communs, la formation ou le perfectionnement du personnel, les travaux d'équipement et la gestion des amortissements, de la trésorerie et des emprunts. Cette forme de coopération est vouée à disparaître, l'article L6134-1 du Code de la Santé Publique précisant qu'à compter du 01 janvier 2005, aucun SIH ne peut plus être créé.

Le GIP a été étendu en 1987¹¹ au domaine de l'action sanitaire et sociale. Le décret du 07 novembre 1988¹² précise qu'il est constitué pour exercer « des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, et notamment des actions de formation, ainsi que pour créer ou gérer les équipements ou des services d'intérêt commun nécessaire à ces activités ». L'accent a été porté, dès 1990, sur l'opportunité offerte par le GIP de la mutualisation des moyens et ce afin de poursuivre des objectifs que les établissements ne peuvent mener seuls. Si cet outil a un domaine d'application large qui lui confère une certaine souplesse, il semble pourtant n'avoir qu'une vocation temporaire compte tenu de sa durée limitée à quinze ans.

⁹ Ordonnance du 04 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Journal officiel, 6 septembre 2003.

¹⁰ TOURNEUR S., 2001, « La coopération inter établissements dans le champ sanitaire et social : dynamique et enjeux », mémoire DESS : École Nationale de la Santé Publique, p 5.

¹¹ Loi n°87-571 du 23 juillet 1987 relative au développement du mécénat. Journal officiel, 24 juillet 1987.

¹² Décret n°88-1034 du 07 novembre 1988 relatif aux groupements d'intérêts public constitués dans le domaine de l'action sanitaire et sociale. Journal officiel, 11 novembre 1988.

Le GCS, prévu par l'article 39 de l'ordonnance du 24 avril 1996 précitée, est destiné à permettre la réalisation et la gestion d'intérêts communs en matière médico-technique, médicale ou non médicale. Face aux inconvénients posés par les autres formules de coopération (modes de financement complexes et mal connus, lourdeur des procédures, difficultés de rapprochement des établissements de statuts différents), le GCS a été consacré comme l'outil privilégié de la coopération par la loi du 04 mars 2002. Il a, de ce fait, été assoupli et précisé par l'ordonnance du 04 septembre 2003 et le décret du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopération sanitaire¹³.

Plus spécifiquement dans le domaine social et médico-social, la loi du 02 janvier 2002 a constitué une réelle avancée en matière de coopération. En effet, d'une part, elle ouvre à ces structures les instruments qui jusqu'alors n'étaient réservés qu'au secteur sanitaire et d'autre part, elle crée un nouveau dispositif : le GCSMS. Inspiré du GCS, il a vocation à permettre une mutualisation des moyens dans une logique de complémentarité par la mise en commun d'outils dans le but de répondre aux attentes de chaque membre de la structure et à faciliter l'organisation et la planification médico-sociale par la structuration et la recomposition de l'offre.

Les coopérations de type fonctionnel s'appuient sur un dispositif conventionnel. L'article L6134-1 du Code de la Santé Publique ouvre cette possibilité : « Pour la poursuite de ces actions, [les établissements publics de santé] peuvent signer des conventions [...] ».

Ainsi, le GIE, créé en 1967¹⁴, a pour but « de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité ». S'il présente l'avantage de la souplesse, le GIE présente également des risques, notamment celui lié à la responsabilité solidaire des dettes de ses membres.

Par ailleurs, il existe des conventions particulières et spécifiques prévues par des textes précis. Il en va ainsi par exemple de l'arrêté du 7 juillet 2005¹⁵ qui précise les modalités applicables dans le cadre du plan bleu. Les EHPAD doivent signer, avec un établissement de santé proche, une convention définissant les modalités de coopération, et notamment les échanges sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables. Il est

¹³ Décret n°2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopération sanitaires et modifiant le code de santé publique (dispositions réglementaires). Journal officiel, 29 décembre 2005.

¹⁴ Ordonnance n°67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique, journal officiel, 28 septembre 1967.

¹⁵ Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en oeuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Journal officiel, 9 juillet 2005.

à noter que les réseaux et les filières de soins sont également mis en place dans un cadre conventionnel. C'est au sein des coopérations fonctionnelles que peut être placée la convention de direction commune.

1.1.2 La direction commune, un modèle souple de coopération

Comme nous l'avons vu, si la direction commune peut être considérée comme un mode de coopération fonctionnelle, elle ne figure pas précisément dans les textes sur l'organisation des établissements. Elle n'est clairement envisagée que dans les statuts des directeurs d'hôpital et des DESS et dans le projet de décret sur la création du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Deux raisons tendent à justifier cette absence de référence dans les textes : d'abord, la direction commune est conçue avant tout comme une réponse aux difficultés de démographie des directeurs ; ensuite, elle constitue une convention qui répond à l'adage de droit selon lequel « le contrat est la loi des parties ».

Les textes relatifs au statut des directeurs d'hôpital évoquent la direction commune principalement pour les aspects liés aux modalités de nomination et à l'indemnité. Ils apportent, toutefois, quelques éléments relatifs à son fonctionnement. Le statut des DESS¹⁶ mentionne également ce dispositif, mais le projet de décret portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux est plus précis et reprend globalement les dispositions mentionnés dans le statut des directeurs d'hôpital.

Concernant l'organisation de la direction commune, le directeur est nommé après avis des présidents de Conseil d'Administration (CA) parmi les personnels de direction des établissements concernés. Les directeurs adjoints, membres de la direction commune, sont nommés dans l'équipe par arrêté. En cas de cessation de la coopération, le directeur est nommé directeur d'un des établissements qui la composaient, le texte relatif au statut des directeurs d'hôpital précisant qu'il s'agit en priorité de celui qui dispose du plus grand nombre de lits. Les directeurs adjoints sont réaffectés dans l'un des établissements ; est privilégié celui dans lequel ils exerçaient auparavant. Il est à noter que ces nominations sont faites sans qu'aucune publication de vacance de poste ne soit réalisée préalablement¹⁷.

¹⁶ Décret n°2001-1343 du 28 décembre 2001 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, 30 décembre 2001.

¹⁷ Décret n°2005-921 du 02 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1°, 2° et 3°) de la loi n°86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Journal officiel, 5 août 2005.

L'indemnité de direction commune est perçue par le seul chef d'établissement alors même que l'ensemble de l'équipe de direction sera amené à intervenir sur tous les établissements signataires de la convention. Cela s'explique par le fait que cette indemnité constitue, comme l'indemnité d'intérim, non pas une compensation de l'augmentation de la charge de travail, mais une reconnaissance de la responsabilité juridique supplémentaire incombant au directeur. Versée mensuellement, elle est d'un montant de 580 euros¹⁸. Les directeurs adjoints qui, du fait de ce montage, peuvent voir leurs tâches s'alourdir, n'y ont aucun intérêt pécuniaire sauf à considérer que c'est un élément qui entre en ligne de compte dans le calcul du montant de la part variable de leur prime.

En outre, la direction commune présente un avantage certain par rapport à l'intérim lorsqu'il est de longue durée car elle est prise en compte au titre d'une mobilité fonctionnelle et peut donc, de ce fait, conduire à un avancement..

Concernant le fonctionnement de la direction commune, une question se pose quant à la nature des structures qui peuvent entrer dans le dispositif. En effet, le décret du 02 août 2005¹⁹ envisage les établissements du 1°,2° et 3° de l'article 2 de la loi du 09 janvier 1986²⁰ c'est-à-dire les établissements publics de santé, les syndicats interhospitaliers, les hospices publiques et les maisons de retraite publiques. En revanche, le projet de décret portant création du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux l'étend aux établissements des 4°,5° et 6° du même texte, c'est-à-dire les établissements des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance, les maisons d'enfants à caractère social, les établissements publics pour mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale publics. Il semble plus vraisemblable car plus logique de considérer que le statut des établissements pouvant entrer en direction commune doit être entendu dans une conception large.

L'ensemble des textes susmentionnés indique que la gestion dans le cadre de la direction commune est décidée sur délibérations identiques des CA de tous les établissements concernés. Basée sur une simple convention, elle peut être dénoncée dans les mêmes formes. Le parallélisme des formes, règle fondamentale du droit civil, est applicable en l'espèce.

¹⁸ Décret n°2005-932 du 02 août 2005 relatif au régime indemnitaire des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1°,2° et 3°) de la loi n°86-33 du 09 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et arrêté du 02 août 2005 portant application de ce décret. Journal officiel, 5 août 2005.

¹⁹ Décret n°2005-920 du 02 août 2005 portant dispositions relatives à la direction de certains établissements mentionnés à l'article 2 (1°,2° et 3°) de la loi n°86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Journal officiel, 5 août 2005.

Ces dispositions attestent du caractère contractuel de ce mode de gestion. Il obéit donc aux règles du droit civil et sa constitution, comme son contenu ou sa dénonciation dépendent de la volonté des acteurs en présence.

La volonté et l'adhésion au montage de direction commune de trois acteurs particuliers sont un facteur clé de réussite du projet. Les présidents de CA et les tutelles ont un rôle primordial pour la création du montage et le directeur pour sa pérennité.

D'abord, le maire ou le Président du Conseil Général lorsqu'il s'agit d'un établissement départemental, dans leurs fonctions de présidents de CA, traduisent l'importance de la volonté politique. Une fois convaincus de l'intérêt de la mise en place du mécanisme, ils ont un rôle pédagogique auprès de leur assemblée, des personnels de la structure et de la population locale.

Ensuite, les tutelles ont un rôle à jouer. Il s'agit principalement d'une veille stratégique consistant à saisir les opportunités de rapprochement entre les établissements et de ne pas laisser des situations problématiques se détériorer. La DDASS et le Conseil Général peuvent donc être des initiateurs de la mise en place de la direction commune ou simplement des facilitateurs de la démarche.

Enfin, les directeurs des établissements qui entreront dans ce mode de gestion et plus particulièrement celui qui deviendra le chef du groupement doivent être convaincus au moment de sa création, d'une part, qu'il s'agit d'un système « gagnant-gagnant » pour chaque établissement qui peut apporter des réponses à des problématiques structurelles, conjoncturelles ou financières et, d'autre part, qu'il s'agit d'une base pour une coopération à visée intégratrice ou non. Puis, au cours de son fonctionnement, le directeur doit savoir accorder un intérêt identique à chaque structure sans privilégier notamment celui dont la taille est la plus importante ou celui dont il est issu. Il doit aussi œuvrer pour une égalité de traitement, ce qui est d'autant plus important lorsque les établissements regroupés comprennent un CH et des établissements médico-sociaux. Il doit impulser l'instauration et le développement d'une culture commune qui se superpose aux cultures propres de chaque structure. Enfin, il doit rallier les membres de son équipe autour de ces principes.

Les directeurs et les présidents de CA font de la direction commune ce qu'elle est puisqu'une fois le choix du montage opéré, ils définissent ensemble le contenu et les orientations qu'ils souhaitent y inscrire. Gage de souplesse, ce contrat présente, du fait qu'il est conclu par des individus précis, un caractère d'incertitude et d'instabilité. En effet, en cas de changement de directeur ou de président de CA, la convention demeure et les nouveaux acteurs entrent dans un système qu'ils n'ont pas eux-mêmes mis en place. Un

²⁰ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Journal officiel, 11 janvier 1986.

directeur peut choisir son poste dans le cadre de la mutation ; le maire, quant à lui, est élu dans une collectivité et le fonctionnement de l'établissement s'impose à lui. La situation est d'autant plus complexe pour ces derniers qu'une remise en cause de la direction commune peut intervenir tant du fait d'un changement de majorité que du fait du changement de personnalité politique au sein d'un même parti.

Comme tout dispositif, la direction commune présente des avantages et des inconvénients.

En termes d'avantages, comme nous l'avons vu, il s'agit d'un mécanisme souple en ce qu'elle n'est ni encadrée par des textes réglementaires spécifiques, ni soumise au respect de règles particulières. Son champ est donc d'application très large suivant les objectifs qui la sous-tendent. En contrepartie, elle constitue un mode de gestion instable. Elle constitue également une réponse aux problématiques des établissements et est, parfois, notamment pour ceux de petite taille, une condition de « survie ».

Par ailleurs, elle présente des atouts comparables à d'autres formes de regroupements liés à l'effet de masse : elle permet la mise en place d'une mutualisation des moyens et d'envisager la réalisation d'économies d'échelle.

La direction commune permet, en outre, de conférer aux établissements un véritable poids face aux tutelles. En effet, celles-ci ont affaire à des interlocuteurs uniques avec lesquels elles ont l'habitude de travailler et les relations s'en trouvent nécessairement changées. Il en va ainsi, notamment, pour et les établissements sociaux et médico-sociaux de plus petite taille lorsqu'ils sont gérés par le directeur d'un CH.

Enfin, les petits établissements peuvent, de ce fait, bénéficier de la technicité de personnels, notamment d'une pluralité de directeurs spécialisés et pour les grosses structures, d'une équipe de direction étoffée. La mise en commun des temps de travail a pour effet de créer des temps structures c'est-à-dire des mi-temps ou temps plein. Ainsi, par exemple, les recrutements d'un ingénieur, d'un psychologue, d'un diététicien, d'un ergothérapeute seront facilités. Toutes les parties disposent également de l'opportunité d'une ouverture sur l'extérieur et d'un partage des informations et des compétences.

Les inconvénients sont de deux ordres. D'abord, il y a ceux liés au mécanisme même de la direction commune à savoir, d'une part, la lourdeur des instances et, d'autre part, la difficulté de créer une culture commune. Les établissements concernés conservant leur autonomie pleine et entière, des instances (CA, Comité Technique d'Établissement (CTE), éventuellement Commission Médicale d'Établissement (CME)) subsistent dans chaque structure et le sentiment d'appartenance à un groupe unique ne va pas de soi. C'est notamment pourquoi la mobilité du personnel est difficile à faire accepter, et donc à instaurer.

Ensuite, il existe des inconvénients qui, s'ils apparaissent dans le cadre de la direction commune, ne sont pas directement liés à elle, mais davantage à l'éloignement géographique ou à la différence de taille entre les établissements. Il en va ainsi de la prise de décision qui peut être éloignée du « site » concerné et lente car elle peut répondre à un processus hiérarchisé plus complexe que celui qui existerait, par exemple, dans un EHPAD de taille moyenne.

Enfin, la distance induit une perte de temps lié aux trajets et peut, suivant l'organisation retenue, impliquer que certains établissements ne disposent pas d'un directeur présent en permanence. Dans un tel cas, deux difficultés sont à prendre en compte : l'établissement et, à travers lui les cadres et les agents, ne doivent pas avoir le sentiment d'être « abandonnés » ou isolés et doivent donc disposer d'un interlocuteur ou référent permanent et identifié et, le directeur doit faire face, en contrepartie, aux contraintes d'un management à distance.

Pour les directeurs, l'inconvénient majeur rejoint celui inhérent au fonctionnement même de la direction commune c'est-à-dire la lourdeur des instances. En termes d'avantages, si l'on excepte l'aspect pécuniaire qui ne concerne que le chef d'établissements, elle permet d'avoir une équipe de direction étoffée et donc une meilleure technicité. Elle constitue également un enrichissement et est source d'intérêts et de satisfactions intellectuelles. En effet, elle présuppose une diversification des modalités de prise en charge et des fonctionnements qui impliquent une nécessaire adaptation des directeurs.

C'est la prévalence des avantages sur les inconvénients qui a conduit les établissements de Saint Jean d'Angély, Matha, Surgères, puis récemment Saint Savinien à constituer une direction commune.

1.2 La création de la direction commune : une réponse adaptée aux situations de Matha, Surgères et Saint Jean d'Angély

Le direction commune doit être un système « gagnant-gagnant » : chaque établissement doit y trouver son intérêt. Ce fut le cas, en 1995, pour les structures de Saint Jean d'Angély, Matha et Surgères qui constituent depuis les établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge. C'est également pour répondre à la lourdeur de ses projets que la maison de retraite de Saint Savinien est entrée dans le dispositif en juillet dernier. Une fois le principe et le choix du montage de coopération opérés, encore fallait-il convaincre les acteurs des établissements et réfléchir au contenu des conventions en fonction des objectifs posés.

1.2.1 Une situation originelle favorable à la mise en place d'un tel mécanisme : des intérêts et des nécessités manifestes à coopérer

Des entretiens avec l'ancien directeur du CH de Saint Jean d'Angély et créateur des directions communes avec Matha et Surgères ainsi qu'avec le cadre de santé et les représentants du personnel de Surgères, présents en 1995, m'ont permis d'appréhender les circonstances de la création du montage.

Le secteur géographique des trois établissements connaissait, depuis 1982, une baisse globale de sa population. Le solde migratoire négatif accentuait le phénomène de vieillissement déjà important dans le département. Les établissements ont alors progressivement pris conscience de la nécessité d'adapter leur prise en charge en fonction des besoins de la population et de diversifier l'offre de services et d'hébergement pour les personnes âgées. D'ailleurs, les projets d'établissement de Matha et de Surgères et le projet médical du CH de Saint Jean d'Angély prévoyaient déjà comme enjeu l'instauration de coopération avec d'autres structures du territoire en ce sens. Il s'agissait non seulement de créer un ensemble cohérent d'actions en direction des personnes âgées, mais également de définir une complémentarité dans les modalités de prises en charge offertes à la population. Si la démarche s'est peu à peu imposée comme une évidence pour des structures qui représentaient, à elles trois, près de 430 lits dans le secteur de la gérontologie, la réalité des situations des établissements, très sensibles sur leur autonomie et leur stratégie, a pu constituer un frein à la mise en place d'une collaboration et d'une coordination. Cet obstacle a été levé du fait de la nécessité pour chacun de trouver une réponse aux problématiques spécifiques auxquelles ils devaient faire face. C'est ainsi qu'avant même l'ordonnance du 24 avril 1996 dans le domaine sanitaire et les textes médico-sociaux prônant le besoin pour les établissements de se regrouper et de travailler ensemble, une direction commune a été mise en place entre Saint Jean d'Angély, Matha et Surgères.

Le CH de Saint Jean d'Angély est un hôpital de proximité composé de lits de type sanitaire (médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)) et de lits de moyens, longs séjours et maison de retraite. Les résultats de gestion étaient satisfaisants, mais la pérennité de l'hôpital n'était pourtant pas assurée. Il devenait donc nécessaire de redéfinir ses missions dans son territoire, de conforter son positionnement dans le secteur des personnes âgées et de rechercher des complémentarités avec d'autres structures sanitaires et médico-sociales du secteur. La direction commune a permis, en outre, au CH de changer de catégorie et d'étoffer son équipe de direction. C'est ainsi qu'il comprend une équipe comparable à celle d'un établissement de recours soit en plus du directeur, quatre directeurs adjoints dont un DESS, un directeur des soins et un ingénieur.

Le rayonnement et l'assise que la direction commune procuraient à l'hôpital étaient confortés par une volonté de venir en aide aux établissements de plus petite taille.

La coopération avec la maison de retraite départementale de Matha était la plus évidente à mettre en place compte tenu, d'une part, des liens qui préexistaient avec Saint Jean d'Angély du fait de l'intérim qui avait été effectué par l'ancien directeur du CH sur cet établissement et d'autre part, de sa situation difficile. En effet, les graves difficultés budgétaires depuis plusieurs exercices compliquaient une gestion du personnel de plus en plus tendue. Aux conflits nés entre le directeur et les agents dans les années 1991-1992, avait succédé une ambiance lourde où les syndicats étaient très présents et revendicateurs. Ensuite, l'établissement jouissait d'une mauvaise réputation due à la vétusté des locaux, l'existence de chambres à trois lits et plus et la maison de retraite pâtissait alors de la proximité du foyer occupationnel et d'hébergement (FOH) pour adultes handicapés. Le peu d'entrées et les taux d'occupation insuffisants rendaient la situation préoccupante. Enfin, la vétusté des équipements et notamment de la cuisine qui ne répondait plus aux normes en vigueur et pour laquelle des investissements s'avéraient difficile voire impossible compte tenu de la situation financière de l'établissement posait problème. La direction commune s'est alors imposée comme la solution pouvant lui permettre de redresser sa situation d'autant plus que la directrice alors en poste, isolée, recherchait un soutien et une aide extérieurs.

La maison de retraite de Surgères, séduite par les potentialités de référents spécialisés tant dans le domaine de la gestion des soins que des installations techniques, a rapidement adhéré à l'idée de création d'une direction commune avec le CH de Saint Jean d'Angély. Il s'agissait également d'une occasion intéressante pour donner une dynamique au projet d'agrandissement et d'humanisation mis en attente faute de possibilité financière. En effet, si, dans ce type de montage, les budgets restent séparés, les emprunts font toutefois l'objet d'une négociation plus facile. Le directeur de Surgères y voyait également un intérêt personnel, tout comme la directrice de Matha : celui d'un avancement professionnel et celui de rompre avec l'isolement en intégrant une équipe. La mise en place du dispositif a alors été facilitée par les bonnes relations entretenues entre le maire de Surgères, président du CA de l'EHPAD, et le directeur du CH de Saint Jean d'Angély.

C'est ainsi qu'à partir de préoccupations spécifiques à chacun des établissements et aussi des logiques, voire des stratégies individuelles, des conventions de direction commune ont pu être signées entre les établissements de Saint Jean d'Angély, Matha et Surgères.

Une convention de direction commune avait déjà été évoquée avec la maison de retraite de Saint Savinien en 1995. Elle n'avait pas aboutie du fait des réticences fortes de la directrice alors en poste et au-delà desquelles les politiques n'ont pas voulu aller. Cette idée a

laissé place à des conventions de coopération principalement en matière technique. Puis, suite au départ de la directrice actuelle, début 2007, la DDASS a demandé au directeur du CH de Saint Jean d'Angély d'assurer l'intérim de cet établissement, avant d'initier et impulser, en lien lui, la création d'une dynamique de direction commune. Il s'agit non seulement de faire face aux problèmes de démographie des directeurs, mais également d'anticiper les problématiques et les chantiers auxquels est ou va être confrontée la structure. En effet, d'une part, l'EHPAD fait l'objet d'une reconstruction sur un nouveau terrain, l'appui et l'expertise des services techniques seront, en ce sens, essentiels. D'autre part, une fusion doit être opérée avec un foyer logement et ce afin de constituer une entité unique. Il est à noter que le foyer logement ne répond pas aujourd'hui aux normes en vigueur en matière d'hygiène et de sécurité et que les personnels des deux structures vivent mal la fusion. Contrairement à ce qui a pu se passer pour Matha ou Surgères, ni les agents, ni les politiques n'ont émis de réticences ou d'hésitations à la mise en place de la direction commune, laquelle a pu alors être signée rapidement au mois de juillet 2007.

Aujourd'hui, quatre établissements sont donc regroupés par des directions communes. Cela forme, sur le territoire, un ensemble important qui a un rôle à jouer en matière de prise en charge des personnes âgées.

Les établissements	Capacité
Centre hospitalier de Saint Jean d'Angély : établissement public communal	<ul style="list-style-type: none"> • 196 lits sanitaires (MCO et SSR) • 215 lits et places en EHPAD : hébergement durable, hospitalo-requérants, gérontopsychiatrie, hébergement temporaire, accueil de jour.
Maison de retraite et foyer de vie de Matha : établissement public départemental	<p><u>Pour l'EHPAD :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 65 lits de maison de retraite • 15 lits de maison de retraite spécialisée • 5 places d'accueil de jour <p><u>Pour le foyer pour adultes handicapés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50 lits de FOH • 3 places d'accueil de jour • 5 places de foyer d'accueil médicalisé et 5 places supplémentaires en 2009
Maison de retraite de Surgères : établissement public communal	<ul style="list-style-type: none"> • 90 lits d'hébergement durable • 1 lit d'hébergement temporaire
Maison de retraite de Saint Savinien : Etablissement public communal	<ul style="list-style-type: none"> • 41 lits d'hébergement durable ; 60 lits et 5 places d'accueil de jour dès la fin de la construction • 44 places de foyer logement au 01/01/ 2008
TOTAL	<ul style="list-style-type: none"> • 196 lits sanitaires • 58 lits et places pour adultes handicapés, 63 en 2009 • 432 lits et places pour personnes âgées, 500 en 2009

Mais pour que cet ensemble existe, encore fallait-il convaincre les acteurs d'entrer dans le dispositif.

1.2.2 Des acteurs à convaincre du bien fondé de la création d'une direction commune

Convaincre les présidents de CA de la nécessité ou de l'intérêt d'une direction commune n'est pas toujours chose aisée. Notamment, quand il s'agit d'un établissement communal tel que Surgères, apparaît rapidement la crainte de perdre la maîtrise d'une structure à laquelle le Conseil Municipal et la population sont très attachés. Le directeur a alors un rôle primordial de pédagogie et de communication à tenir. Il doit expliquer que l'établissement conserve sa pleine et entière autonomie qu'elle soit juridique ou financière et budgétaire et que le CA est maintenu dans sa fonction stratégique avec son pouvoir de définition des orientations et de décisions. En l'espèce, les bonnes relations existantes entre le maire de Surgères et le directeur du CH de Saint Jean d'Angély ont facilité cette étape.

Matha est un établissement départemental, il dépend donc du Conseil Général. La négociation a été plus difficile car l'aspect politique a pris toute sa dimension. L'opposition politique entre le Président du Conseil Général et le président de CA du CH a d'abord été un frein à la mise en place de la direction commune. Il a fallu argumenter autour du maintien de l'autonomie de l'établissement, du CA, du choix d'une durée de deux ans pour la convention et de l'association des trois présidents de CA pour la désignation du directeur du groupement qui est le directeur du CH.

Le président du CA de l'hôpital de Saint Jean d'Angély a immédiatement été favorable à ce montage.

C'est ainsi que les trois CA se sont prononcés favorablement sur la convention de direction commune d'une durée de deux ans renouvelables par tacite reconduction en date du 23 mai 1995 pour le CH, du 11 septembre 1995 pour Surgères et du 23 septembre 1995 pour Matha.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, les élus de Saint Savinien ont été rapidement convaincus de l'intérêt de la création du montage. Cela a permis une mise en place rapide de la direction commune avec le CH de Saint Jean d'Angély.

La question de la permanence de l'adhésion en cas de changement politique est, comme nous l'avons vu, un facteur de fragilité du système. C'est ainsi que lorsque le Président du Conseil Général a changé de sensibilité politique, la direction commune ne s'en est sentie que confortée, alors qu'à Surgères, un changement de maire, mais non de courant politique, a failli entraîner une remise en cause du dispositif. Forces de communication et d'argumentation ont été nécessaires pour que le système perdure.

Les tutelles constituent, quant à elle, un appui nécessaire. On a vu le rôle particulier joué par le Conseil Général du fait du statut de l'établissement de Matha. La DDASS a donné un avis favorable dès le début de la procédure et a été l'instigatrice, en lien avec le directeur, de la coopération avec Saint Savinien. Elles sont toutefois restées

vigilantes sur le contenu des conventions. Elles ont notamment veillé au respect des procédures en rappelant que les commissions représentatives du personnel devaient connaître du projet. Une étude juridique a conduit à préciser certains points de droit. C'est ainsi qu'une disposition précisant que chaque établissement conservait la responsabilité de son activité a été insérée dans les textes.

Le ministère de la Santé a approuvé le dispositif dès le mois d'octobre 1995 par un arrêté de nomination des directeurs en poste sur les établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge.

Les agents des établissements avaient de nombreuses craintes lors de la mise en place de direction commune, dont certaines perdurent encore aujourd'hui.

Concernant Saint Jean d'Angély, les agents avaient peur que l'hôpital de proximité ne se transforme en maison de retraite ou hôpital local. Un travail de communication de la Direction a alors été nécessaire pour, d'une part, mettre un terme à cet a priori, et, d'autre part, inculquer l'idée qu'au contraire, l'assise de l'hôpital ne pouvait qu'être confortée par ce dispositif. Aujourd'hui, cet objectif est atteint. On s'aperçoit d'ailleurs que les agents, hormis ceux qui ont des fonctions mutualisées, se sentent très peu concernés par la vie et le fonctionnement de Matha et Surgères. Cela constitue un frein à l'instauration et au développement d'une culture commune inter-sites.

Concernant Matha et Surgères, les entretiens avec les cadres de Matha et de Surgères et les représentants du personnel de Surgères ont fait apparaître que les préoccupations étaient de plusieurs ordres. D'abord, la perte d'un directeur constamment présent a été un deuil considérable à faire. Force est de constater qu'il n'est pas encore complètement réalisé. Cela a généré un sentiment d'abandon, d'absence de l'équipe de direction voire une impression de non prise en considération des établissements. Les agents manifestent un besoin de proximité de la direction et du centre de décision. En effet, il est parfois difficile, pour eux, de concevoir que les directions fonctionnelles travaillent pour les structures alors qu'elles n'y sont pas présentes physiquement. Le dispositif et l'absence physique du directeur sont également, pour eux, synonymes de lenteur dans les prises de décisions et de complexification des démarches et procédures, d'autant plus qu'ils considèrent qu'il y a un manque d'autonomie sur place.

Ensuite, la scission entre le sanitaire et le médico-social a été un véritable obstacle à franchir. C'est ainsi qu'à Surgères, la principale crainte, au moment de la mise en place de la direction commune, a été que le CH n'utilise les résultats excédentaires et donc les réserves de la maison de retraite. Cela traduit une inquiétude plus large qui est celle d'« être mangé par le gros ». En effet, tant les présidents de CA que les agents manifestent une hostilité face à l'idée de fusionner. De plus, la différence de conception entre lieu de vie et lieu de soins est toujours facteur de tension entre les deux secteurs.

Les maisons de retraite ont parfois le sentiment que l'hôpital calque son fonctionnement sur le médico-social à travers, par exemple, les protocoles de soins qui sont communs. De même, il existe des réticences à voir intervenir le cadre hygiéniste de l'hôpital dans les maisons de retraite, les exigences de l'un étant nécessairement différentes de l'autre compte tenu de la divergence dans la conception de base. La barrière entre le sanitaire et le médico-social ne disparaît pas encore derrière l'idée d'une volonté commune de bonne prise en charge pour laquelle il ne peut qu'être intéressant de mettre en commun ses compétences et savoirs faire.

Enfin, les problèmes identitaires apparaissent comme un facteur majeur. Le maintien de son identité et de sa culture propre semble être une préoccupation essentielle pour chaque établissement, notamment pour les petits, de surcroît ruraux, dans lesquels on constate chez les agents qui y travaillent depuis longtemps, un sentiment d'appropriation de la structure.

Malgré toutes ces inquiétudes et inconvénients, la direction commune est aujourd'hui entrée dans les mœurs. Les agents, et surtout les cadres et les représentants du personnel, sont conscients des apports du dispositif et conviennent que le retour en arrière, même s'il n'est pas impossible, n'est que difficilement envisageable. Leur préoccupation devient alors celle d'améliorer le système.

1.2.3 Le contenu des conventions de directions communes

Au moment de la création de la direction commune, en 1995, les conventions entre Saint Jean d'Angély et Matha d'une part, et Saint Jean d'Angély et Surgères d'autre part, étaient similaires et peu étayées. Elles ont fait l'objet d'adaptations, d'évolutions et surtout de précisions pour répondre aux volontés et exigences des présidents de CA, des directeurs successifs et pour tenir compte des circonstances. Cela corrobore l'idée selon laquelle la direction commune est un contrat dont le contenu est empreint des personnalités et des appréciations des acteurs en présence.

Il est à noter que ce n'est pas une convention unique qui a été établie entre les trois établissements, ce qui aurait pu sembler plus logique. Il y a trois explications possibles à cela. D'une part, Matha et Surgères ne se situent pas sur le même territoire, sont très distants l'un de l'autre et donc instaurer une filière ou un suivi au quotidien entre eux auraient été problématiques. D'autre part, c'est une mesure de sécurité au cas où l'un des établissements n'aurait pas souhaité poursuivre dans la voie de la coopération. Enfin, cela permet d'établir des documents différents qui tiennent compte des particularismes des situations de chacun. À l'origine, l'existence d'une direction commune entre Saint Jean d'Angély et Matha n'était pas mentionnée dans la convention établie avec Surgères et inversement. Il y a été remédié en 2003 pour Surgères et en 2007 pour Matha. Si cela ne

créait pas de difficultés opérationnelles, cette précision permet toutefois de créer un lien juridique indirect entre les deux établissements médico-sociaux.

Les éléments constants des conventions sont les suivants.

D'abord, sont établis les objectifs qui constituent la base du dispositif :

- 1) « S'associer au réseau gérontologique de proximité et associations en diversifiant l'offre de services envers les personnes âgées
- 2) Renforcer la dynamique de coopération entre établissements publics en créant les conditions nécessaires au développement de cet axe
- 3) Mettre en commun et optimiser des moyens logistiques et humains »²¹.

Ensuite, l'accent a été mis sur le statut et la nature des établissements. Matha et Surgères restent des structures publiques autonome départementale pour le premier et communal pour le second. La crainte des présidents de CA a été prise en compte par la mention précisant le maintien des conseils d'Administration dans leurs missions stratégiques. La responsabilité de chaque établissement lui est conservée.

Enfin, le directeur du CH devient le directeur des trois établissements.

Les éléments qui ont évolué concernent quatre domaines : l'organisation, le fonctionnement, les relations financières et la durée de la convention.

En termes d'organisation, il a d'abord été prévu que Matha et Surgères soient gérés par des cadres de direction bénéficiant d'une délégation du directeur. L'évolution s'est traduite notamment par le recrutement d'un DESS. L'équipe de direction, dans son ensemble, est commune aux trois établissements, même si un bémol doit être apporté concernant le directeur des soins qui, pendant longtemps n'est pas intervenu sur Matha et Surgères, et qui aujourd'hui n'y exerce que des missions ponctuelles. L'organigramme est étoffé par l'intégration dans l'équipe des postes de directeur des deux établissements médico-sociaux.

Le CA de Surgères a tenu, lors du renouvellement de la convention en 2003, à maintenir la présence d'un cadre administratif (attaché d'administration hospitalière), responsable de site. Il est précisé qu'il pourra accéder à la fonction de DESS. Cette disposition est liée à une certaine réticence ou inquiétude des politiques actuels face au dispositif et permet de prévoir l'éventualité d'un retour à la situation antérieure.

Concernant le rôle du DESS, si, pour Surgères, l'accent est davantage mis sur les relations qu'il doit entretenir avec le responsable de site et sur ses missions tirées des obligations réglementaires (conventionnement tripartite, application de la loi du 02 janvier

²¹ Les conventions de direction commune figure en annexe 2 et 4

2002...), Matha l'axe davantage sur la coordination des secteurs médico-sociaux entre eux et sur les liens nécessaires à établir avec les directions fonctionnelles. Sa présence, dans l'un et l'autre cas, était fixée à trois ou quatre demi-journées par semaine. Elle a été réduite à un jour et demi hebdomadaires pour Surgères par avenant prenant effet au 01 janvier 2005.

En termes de fonctionnement, d'une part, les possibilités de mobilité du personnel ont été expressément prévues dans les deux conventions. C'est ainsi que les agents sont nommés sur un seul établissement et ils ne peuvent faire l'objet d'une mutation ou d'une mise à disposition dans un autre établissement signataire qu'avec leur consentement. Cette possibilité a été peu utilisée. D'autre part, les prestations logistiques fournies par Saint Jean d'Angély à Matha sont visées spécifiquement par la convention. Cela s'explique par le fait que Matha est en liaison froide avec le CH de Saint Jean d'Angély et que des achats sont réalisés en commun. Surgères est, quant à lui, autonome dans le domaine de la logistique.

La répartition des charges financières²² n'avait pas été prévue à l'origine. Sous l'impulsion du Conseil Municipal de Surgères, avec la volonté du directeur et dans une logique d'équilibre et de transparence entre les établissements, les modalités de facturation ont été déterminées. C'est ainsi que les dépenses engagées par Matha et Surgères doivent correspondre à la réalité des prestations fournies par le CH qu'il s'agisse des moyens administratifs, logistiques ou techniques. Cela implique, notamment, un chiffrage du temps passé par chaque direction fonctionnelle à travailler pour l'un ou l'autre des établissements, ce qui est toujours difficile à réaliser. La facturation est trimestrielle pour Matha et mensuelle pour Surgères. Des réajustements peuvent avoir lieu en fin d'année.

La durée, quant à elle, était, à l'origine, de deux ans et la convention était renouvelable par tacite reconduction pour Matha comme pour Surgères. Elle a été redéfinie en 2003 pour ce dernier pour une période de six ans et ce, afin de correspondre à la durée du mandat du maire et des conseillers municipaux. C'est pour les mêmes raisons politiques que la durée de la convention de Matha a été fixée à cinq ans à compter de 2007 et elle est renouvelable par tacite reconduction par période de trois ans, temps correspondants à la durée des mandats du Conseil Général et de son président. La reconduction de la convention de Surgères est expresse.

La dénonciation de la convention est possible par délibération du CA, six mois avant son échéance. Elle est possible en cas de circonstances exceptionnelles qui ont trait soit à une inobservation manifeste des dispositions conventionnelles après mise en

²² La répartition des charges financières entre Saint Jean d'Angély et Matha et Surgères figure en annexes 3 et 4

demeure restée sans effet, soit en cas de modification substantielle du statut des établissements signataires ou de la réglementation applicable de nature à bouleverser l'économie générale de la convention.

C'est ainsi que les conventions de directions communes entre Saint Jean d'Angély et Matha d'une part, et Surgères d'autre part ont su évoluer et tenir compte des situations nouvelles et des exigences plus précises.

La convention de direction commune entre le CH de Saint Jean d'Angély et la maison de retraite de Saint Savinien a bénéficié de ces expériences. Elle a été réalisée dans le même esprit, même si la volonté du directeur est de prendre du temps et du recul pour analyser les mises en commun de moyens nécessaires qui devront être opérées. S'il s'est avéré nécessaire de transférer les domaines techniques et financiers aux services de Saint Jean d'Angély, une étude ultérieure sera menée pour définir la mutualisation des moyens qui devra être mise en place.

Saint Savinien reste un établissement communal autonome et il intègre les établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge. Les objectifs de la convention sont identiques à ceux prévus dès 1995 avec Matha et Surgères. Sa durée est fixée à trois ans, puis à six ans. La réalisation de la fusion avec le foyer logement et l'achèvement de la nouvelle construction qui devrait intervenir au milieu de l'année 2009 constitueront des échéances qui permettront, en effet, de faire un premier bilan de la coopération entre les deux structures.

Enfin, l'ancien poste de DESS est intégré à l'équipe de direction. Les deux DESS assureront ensemble la coordination des secteurs médico-sociaux des quatre établissements et l'un d'eux sera plus spécifiquement chargé de la supervision de la maison de retraite de Saint Savinien.

Après douze ans de fonctionnement pour ce qui concerne Matha, Surgères et Saint Jean d'Angély, un bilan s'avère intéressant pour mesurer les avancées et le chemin qui reste à parcourir pour aboutir à une véritable coopération tant dans les domaines administratifs, logistiques et techniques qu'en matière de prise en charge et de filière gériatrique.

2 La direction commune Matha, Surgères, Saint Jean d'Angély : un bilan positif qui atteste de la pérennité du montage

Les directions communes entre les établissements de Saint Jean d'Angély et Matha d'une part, et Saint Jean d'Angély et Surgères d'autre part, durent depuis douze ans. Si des bilans ont été réalisés en 1997 et 2000, aucun n'a été réellement formalisé par la suite. Or, les conventions prévoient expressément la réalisation de bilans annuels. Il m'a donc paru intéressant d'examiner les domaines dans lesquels la coopération a débouché sur des aspects positifs pour les trois établissements et ceux non aboutis ou insuffisants, mais qui demeurent essentiels tant pour répondre aux objectifs originaux de la direction commune que pour optimiser la coopération dans le but d'une prise en charge la plus efficiente possible dans une perspective de filière.

La convention de direction commune entre le CH de Saint Jean d'Angély et la maison de retraite de Saint Savinien est trop récente pour faire l'objet d'un bilan. Elle n'apparaîtra donc pas dans les développements suivants.

2.1 Une évolution satisfaisante de la structuration de la direction et des fonctions administratives et logistiques

De grands changements ont été opérés au sein de l'équipe de direction. Après plusieurs configurations dans l'attribution de la responsabilité de Matha et de Surgères, une DESS ayant une compétence générale sur les trois sites a été recruté, ce qui a modifié l'organigramme, l'organisation et le fonctionnement de l'équipe de direction.

Concernant la mutualisation des moyens, objectif essentiel de toute coopération, elle a aussi évolué dans tous les secteurs : administratifs, logistiques et de techniques pour aboutir à un ensemble plus cohérent et mieux organisé.

2.1.1 Une évolution positive de l'équipe de direction qui traduit la réactivité du montage de direction commune

L'évolution de la structuration de la direction de Matha et Surgères s'est réalisée en plusieurs temps.

D'abord, au moment de la création de la direction commune, les directeurs antérieurement en poste sur les établissements médico-sociaux ont conservé leur rôle. Pour Surgères, le dispositif n'a pas amené de profonds changements jusqu'au départ en retraite de son directeur en 1998. En effet, les équipes de Saint Jean d'Angély et particulièrement les directeurs fonctionnels intervenaient pas ou peu sur cette structure. Sur Matha, si la directrice était toujours présente, des modalités d'organisation et de fonctionnement ont été bouleversées par nécessité d'économies étant donné la situation

financière de l'établissement et afin qu'il trouve une dynamique de modernisation. C'est ainsi, que des postes administratifs dont le nombre était très important eu égard à la taille de l'établissement ont été supprimés. L'avantage de la direction commune est qu'elle a permis de reclasser les agents concernés sur le CH de Saint Jean d'Angély : l'adjointe des cadres est aujourd'hui secrétaire médicale, un agent administratif travaille au service du personnel et un agent est rattaché aux services financiers, et une partie de ses missions a toujours trait à l'établissement de Matha. Le passage à la direction commune a donc été plus difficile à vivre pour cette structure dont la situation et le climat étaient déjà tendus.

En 1998, la deuxième étape a été, pour le directeur, de déléguer à un directeur adjoint fonctionnel la direction d'un site. Le directeur des affaires financières s'occupait de Surgères et la directrice de la qualité de Matha et de l'EHPAD du CH de Saint Jean d'Angély. Face à l'augmentation de la charge de travail que cela leur procurait, des postes de cadres administratifs responsables de sites ont été créés pour les épauler. Ils s'occupaient de la gestion au quotidien et faisaient le lien entre le site et la direction. Des réunions mensuelles étaient organisées à Saint Jean d'Angély. Une distorsion est apparue entre Surgères et Matha sur la qualité et le rôle du responsable administratif. Si le premier a bénéficié d'un attaché d'administration hospitalière, qui très vite a fait fonction de directeur, le second avait un adjoint des cadres.

En 2000, le directeur a décidé de retirer aux deux directeurs adjoints la supervision des établissements de Matha et Surgères. Il travaillait alors directement avec les cadres administratifs en place. Ce système a perduré avec le nouveau directeur jusqu'en 2003. En 2001 et ce, afin de renforcer la légitimité et la présence de l'équipe de direction sur Matha et Surgères, le nouveau chef d'établissement a mis en place des réunions de direction « tournantes ». Les inconvénients étaient trop importants pour que cela perdure. En effet, le système était chronophage dans le sens où il entraînait une perte de temps liés aux déplacements de toute l'équipe de direction. De plus, les agents comprenaient difficilement la présence de l'ensemble des directeurs sur le site, n'y étant habitués que pour les instances. Enfin, la première heure de la réunion était effectuée en présence des cadres administratifs responsables de site pour que soient abordées les problématiques particulières, mais les réunions ont rapidement perdu de leur sens car les cadres soignants et administratifs profitaient de la présence des directeurs pour évoquer des problèmes de gestion quotidienne qui n'avaient pas lieu d'être évoqués dans cette circonstance.

En 2003, enfin, le directeur du CH de Saint Jean d'Angély a décidé de transformer un poste de directeur d'hôpital en poste de DESS, chargé de la gériatrie et du secteur médico-social. Le recrutement d'un technicien spécialisé dans le domaine a constitué un signe fort tant pour les tutelles qui accordent un intérêt croissant à la qualité que pour les

agents des établissements. En effet, ces derniers attendaient, de ce fait, une amélioration dans le fonctionnement et la prise en charge des résidents et ils y ont vu un signe de reconnaissance de la spécificité du secteur. Comme l'indique le directeur actuel, «les établissements médico-sociaux ne peuvent pas [en effet] être gérés comme les autres services ». Rapidement, un impact positif a été ressenti du fait d'une part, du temps supplémentaire créé pour Matha et Surgères et, d'autre part, d'un fonctionnement plus abouti à travers des démarches rigoureuses et bien construites. C'est ainsi, par exemple, que la convention tripartite de l'EHPAD de Saint Jean d'Angély avec un projet de reconstruction ambitieux a vu le jour et que le projet d'établissement du foyer pour adultes handicapés de Matha, en suspens depuis plusieurs années, a pu aboutir.

Se pose toutefois au DESS une difficulté qui n'est pas liée à la direction commune, mais à la coexistence de plusieurs sites distincts, celle du management à distance. Deux pré-requis sont nécessaires pour que le système fonctionne. Il faut que le DESS dispose sur place de relais d'informations ascendantes et descendantes fiables. À ce titre, des tableaux de bords de suivi peuvent constituer une aide efficace. C'est ainsi que le DESS a mis en place, notamment sur Matha, des tableaux de suivi des consommations, de suivi des agents par le biais de cartes de situation ou de suivi des dépenses dans le cadre de la sous-traitance du nettoyage d'une partie du linge. En outre, il faut également trouver le juste équilibre entre une marge de manœuvre suffisante laissée aux établissements pour assurer un bon fonctionnement au quotidien et un pouvoir de décision qui doit rester au DESS. Si Matha est un établissement qui ne dispose que de peu d'autonomie étant donné l'étendue des tâches transférées au CH, Surgères est beaucoup plus indépendant sur les fonctions administratives quotidiennes. La question de cet équilibre se pose donc davantage et une régulation quotidienne est à opérer.

L'équipe de direction a émis un accord tacite à la création du poste de DESS. Il a impliqué une redéfinition des rôles et missions de chacun.

Certaines fiches de postes intègrent la dimension de la direction commune et le poste de DESS, notamment celle du directeur des ressources humaines (DRH) et celle du directeur de la gériatrie et du secteur médico-social. Elles mentionnent leur rôle ainsi que les liens nécessaires devant exister entre les directeurs fonctionnels et le DESS. Les délégations de signatures permettent de comprendre les responsabilités de chaque directeur adjoint. Une distinction est à opérer entre la répartition des rôles et la répartition des tâches, selon le directeur.

La répartition des rôles est claire.

Les directeurs fonctionnels exercent l'intégralité de la fonction politique dans leur domaine de compétences. Ainsi, le DRH a une délégation de signature pour tous les actes concernant la gestion administrative du personnel médical et non médical des

établissements de Matha et Surgères excepté les décisions à caractère disciplinaire et celles relatives au personnel de direction. Concernant le CH de Saint Jean d'Angély, sa compétence est identique excepté pour la gestion administrative du personnel médical qui reste de la compétence du directeur. C'est ainsi que le DRH définit la politique sociale des trois établissements et est responsable, par exemple des recrutements, affectations et modifications du temps de travail de l'ensemble des agents ou de l'estimation, dans le cadre de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, des qualifications nécessaires à la mise en œuvre des effectifs cibles des projets des trois établissements et des conventions tripartites.

Le directeur des services financiers et de l'informatique gère la préparation budgétaire sur les trois établissements, est à l'initiative du suivi budgétaire et définit la politique financière notamment en ce qui concerne la gestion des emprunts, le suivi des investissements ou l'analyse financière. Il reçoit délégation notamment pour la signature des mandats, les titres de recettes, les bordereaux comptables et les actes courants se rapportant aux affaires financières et aux services informatiques.

Le directeur des services économiques est responsable des fonctions hôtelières et logistiques et de la politique en matière d'achats. Sa délégation de signature porte, à ce titre, sur les marchés ne nécessitant pas de passage en commission d'appel d'offres et les actes liés aux procédures de passation de ces marchés, les opérations liées à la gestion des stocks, l'engagement et la liquidation, dans le cadre des crédits autorisés, des dépenses inscrites aux comptes de la classe 6 des budgets d'exploitation et de la classe 2 des sections d'investissements des trois établissements.

Enfin, l'ingénieur est chargé de la direction des services techniques et est responsable des ordres de service pour les travaux dont le montant varie suivant les établissements. Pour exercer leurs missions, les directeurs fonctionnels s'appuient sur les agents des directions fonctionnelles ou les agents des sites en fonction de la répartition opérée dans les missions.

Le DESS a un rôle particulier qui se décompose en deux missions principales.

La première constitue le cœur du domaine médico-social ; elle a trait aux actes de gestion courante, comme le précise la délégation de signature faite à son attention. Elle se décline, d'une part, en la définition des orientations stratégiques sous l'autorité du directeur. Cela se traduit par le pilotage, la coordination et l'évaluation des différents projets liés à la spécificité du secteur : projets d'établissements, projets de vie, conventions tripartites, et par des actions continues pour assurer une évolution institutionnelle de la direction commune. D'autre part, le DESS est responsable de la gestion des résidents notamment par le biais de la politique d'admission et est garant des relations avec les personnes âgées et les familles y compris en assurant la présidence du

Conseil de la Vie Sociale et le traitement des plaintes éventuelles. Dans ce cadre, « il veille au niveau de l'activité, à sa qualité et à la satisfaction de la clientèle, dans le cadre des crédits alloués et de la réglementation. Il recherche l'efficience coût-qualité »²³.

En juillet dernier, la répartition des rôles sur l'EHPAD rattaché au CH a été modifiée et ce, afin de permettre au DESS de se consacrer, d'une part, aux établissements de Matha et Surgères qui nécessitent davantage de présence et, d'autre part, au pilotage de la construction du nouvel EHPAD de Saint Jean d'Angély. Ainsi, c'est le directeur des soins qui assure désormais la supervision de la gestion courante de cet EHPAD. La définition et la mise en œuvre de la politique d'admission sont réalisées conjointement par les deux directeurs. Le DESS est responsable du prononcé des admissions, de la supervision de la gestion administrative des dossiers des résidents, de la responsabilité hiérarchique des personnels administratifs et sociaux et de la gestion du Conseil de la Vie Sociale, le directeur des soins étant associé et participant à ces missions.

La seconde mission du DESS est un rôle de coordination, d'articulation entre les sites et les directions fonctionnelles. À ce titre, il participe aux décisions prises par les directeurs adjoints dans leur domaine de compétences. Ainsi, par exemple, il arrête les priorités d'équipement du secteur médico-social et les achats sont organisés par le directeur des services économiques sur proposition du DESS. Dans le domaine financier, il est associé à la préparation budgétaire. Concernant les ressources humaines, la fiche de poste du directeur adjoint mentionne les liens de collaborations nécessaires avec le DESS. Il est à noter que ce dernier est le supérieur hiérarchique immédiat ou secondaire de l'ensemble des agents travaillant sur Matha, Surgères et l'EHPAD de Saint Jean d'Angély.

Dans les faits, la frontière parfois ténue entre les domaines de compétences du DESS et des directeurs fonctionnels implique une concertation et une coordination entre les acteurs. Ainsi, le DRH peut être amené à opérer, suite à la définition d'un modus operandi avec le DESS, des recrutements ou à recevoir des agents de Matha et Surgères dans le cadre de procédures disciplinaires, même si, le plus souvent, ils ont lieu conjointement. Si cette coopération existe, elle reste toutefois à parfaire. Par exemple, le DESS n'établit pas les budgets en lien avec le directeur des finances.

Enfin, un rôle essentiel est dévolu au DESS : relancer les directions fonctionnelles sur les dossiers qui les concernent. C'est une tâche essentielle due au fait que les problématiques de Matha et Surgères ne sont pas toujours traitées avec autant de réactivité que celles de l'hôpital. Le fait que cette difficulté se pose essentiellement pour Matha et Surgères et beaucoup moins pour l'EHPAD rattaché au CH laisse à penser que cela peut avoir trait à l'éloignement des deux établissements et à l'existence de la

²³ Fiche de poste du directeur de la gériatrie et du secteur médico-social du 13 avril 2004

direction commune. En effet, les agents de Saint Jean d'Angély qui ont des fonctions mutualisées travaillent pour des structures qui ne sont pas leurs employeurs et qu'ils connaissent mal puisqu'ils s'y rendent peu ou pas.

La répartition des tâches, quant à elle, n'est pas formalisée. Le directeur considère qu'il n'est d'ailleurs pas souhaitable qu'elle le soit car ce serait le signe d'un dysfonctionnement au sein de l'équipe. S'il est vrai que pour les dossiers situés à la frontière des domaines de compétences du DESS et des directeurs fonctionnels, le directeur demande qu'ils se concertent pour adopter une position commune et définir qui fait quoi, cela demande une régulation quotidienne qui n'est pas toujours aisée à réaliser. C'est pourquoi le directeur se réserve la possibilité d'arbitrer en cas de conflits de compétences. Le directeur actuel a indiqué n'avoir jamais eu besoin de recourir à cette possibilité.

Le recrutement d'un DESS s'est donc révélé très positif dans l'organisation et le fonctionnement de la direction commune, même si des ajustements restent encore à réaliser. Notamment, du fait de leurs agendas chargés, le DESS et les directeurs fonctionnels ne prennent pas toujours le temps de se rencontrer périodiquement. Or, c'est une nécessité dans le cadre de leur collaboration.

Si la direction commune et notamment la coordination dans le secteur médico-social est facilitée par l'existence d'un directeur spécialisé unique, elle l'est également par les avancées en matière de mutualisation des moyens.

2.1.2 La mutualisation des moyens : un enjeu fondamental facilité par la direction commune

La mutualisation des moyens est un élément important dans tous modes de coopération. La direction commune est un montage qui la facilite.

En matière de ressources humaines, la spécialisation des agents du bureau du personnel a permis d'apporter aux établissements médico-sociaux signataires une capacité d'expertise accrue sur les dossiers en la matière qu'il s'agisse de la connaissance et de l'application de la réglementation, de l'analyse financière des comptes de personnel ou de l'amélioration du suivi des recrutements. Le DRH est un acteur bien identifié par les agents de Matha et Surgères, établissements qui fonctionnent de manière similaire dans ce domaine. Le DRH qualifie l'organisation de centralisée : c'est le bureau du personnel qui gère la paie, les carrières et les formations. Une part de la gestion opérationnelle qui a trait aux plannings et aux mouvements des agents relève de la compétence des cadres de site sous l'autorité du DESS.

Des liens existent entre les structures par le biais de logiciels informatiques ou de procédures. Des fiches navettes retracent les demandes de remplacements et le logiciel GESTOR, mis en place sur Saint Jean d'Angély et Surgères et prochainement sur Matha, permet une uniformisation de la gestion des plannings.

Cette organisation permet une certaine harmonisation sur les trois établissements : le format de décisions, les règles de gestion en particulier statutaire, les logiciels sont identiques.

En outre, la formation continue apparaît, notamment pour les représentants du personnel de Surgères, comme l'un des apports majeurs de la direction commune. Le DRH intervient dans les trois commissions de formations ; la création de celle de Surgères a constitué une véritable avancée pour les agents qui ne bénéficiaient pas auparavant de la possibilité de se former. L'élaboration d'une politique unique comprenant des actions communes aux trois structures a permis non seulement une mutualisation locale proposant des thématiques adaptées aux besoins et attentes des professionnels du secteur des personnes âgées, mais également d'offrir l'opportunité aux agents de se rencontrer, d'échanger sur leurs pratiques et donc, d'évoluer pour une meilleure prise en charge et au sein d'un ensemble unique. C'est compte tenu de tous ces avantages que le directeur souhaite reproduire l'exemple de Surgères en la matière sur l'établissement de Saint Savinien. Les agents ne disposent pas de plans de formation ; il s'agira donc d'un axe de travail important dans le cadre de la direction commune récemment mise en place.

Les services financiers, du fait de leur expertise, ont joué un rôle très important pour Matha étant donné sa situation financière et son déficit chronique depuis plusieurs années. La préparation de l'impact financier des travaux d'humanisation, le rétablissement d'une politique d'investissements, le développement d'une capacité d'auto-financement et la renégociation des emprunts ont permis, dès 1999, à cet établissement de retrouver une gestion saine par un redressement et la réalisation d'excédents tant sur la partie maison de retraite que sur la partie foyer pour adultes handicapés.

Aujourd'hui, les services financiers constituent un service unique, rationnel et efficient. Il centralise les décisions importantes prises pour Matha et Surgères. Il en va ainsi de la préparation budgétaire, de l'élaboration des comptes administratifs et des décisions modificatives et de la gestion des emprunts et de la dette.

Dans le domaine informatique, les établissements médico-sociaux jouissent de la compétence et de la technicité des informaticiens de l'hôpital. Les choix, les commandes, l'installation des matériels et logiciels ainsi que la maintenance qu'ils assurent, permettent à Matha et Surgères de bénéficier de prestations dont ils ne pourraient pas disposer en l'absence de la direction commune.

Dans le domaine des services économiques, la situation est différente sur Matha et Surgères. Le premier n'a conservé que peu d'autonomie en la matière et la coopération est plus poussée qu'avec le second. C'est ainsi, par exemple, que pour les produits d'entretien, l'alimentation et les fournitures de bureau, les achats sont réalisés par le CH de Saint Jean d'Angély. Il fournit ensuite Matha qui le rembourse à due concurrence des produits utilisés.

On remarque une recherche d'uniformisation pour certains produits. Cela a été le cas pour les systèmes absorbants pour lesquels un fournisseur identique a été choisi. Après quelques réticences des agents sur leur utilisation, le système fonctionne aujourd'hui correctement.

Si, par la nature de la direction commune qui laisse subsister des entités juridiques autonomes et donc distinctes, il est nécessaire de passer plusieurs marchés, le montage facilite les échanges d'informations relatives notamment aux prix et conditions commerciales, ce qui peut permettre un alignement général des établissements sur les tarifs les plus bas. Si ce système n'est pas idéal car complexe, il présente des avantages pour les petites structures. L'hôpital, en revanche, y a moins d'intérêt.

Sur le plan de la logistique, la fonction blanchisserie est mutualisée entre Matha et Saint Jean d'Angély pour le linge des résidents. Cela a permis, en 1996, au moment de sa mise en place, de redéployer un poste vers l'hébergement et de libérer une importante surface de locaux qui accueillent depuis les ateliers occupationnels du foyer. Matha bénéficie de tarifs préférentiels car inférieurs aux prix que proposeraient d'autres structures ou sous-traitants pour une prestation identique.

Cette économie se retrouve également, pour Matha, dans la prestation restauration. En 1995, compte tenu d'une part, de l'obsolescence des locaux de la cuisine et des risques sanitaires en découlant, et d'autre part, de la situation financière préoccupante de l'établissement, il a été décidé d'instaurer une liaison froide avec le CH de Saint Jean d'Angély. Pendant longtemps, le remboursement des repas produits était inférieur au prix réel de revient c'est-à-dire au prix de production. Cela entraînait des pertes économiques pour l'hôpital et faussait l'équilibre des relations entre les deux structures. Suite à l'octroi de crédits supplémentaires en 2007 pour la restauration, Matha paie désormais un prix moyen qui permet à l'hôpital de couvrir ses frais tout en restant à l'établissement. Il faut également préciser que les 140 résidents de Matha permettent à Saint Jean d'Angély une augmentation non négligeable de sa production. C'est un facteur qui a contribué à la construction d'une nouvelle cuisine pour l'hôpital.

La mutualisation des moyens et, à travers elle, la coopération inter-établissements, s'est également traduite par la création d'une pharmacie commune. En termes de moyens humains, un partage du temps de pharmacien et de préparateur en pharmacie a pu être

opéré. Le CH a ainsi vu son équipe s'étoffer, ce qui a été pour lui un avantage important compte tenu de la difficulté pour le seul pharmacien à temps plein d'assurer une permanence et une continuité du service. Matha et Surgères ont, quant à eux, pu mettre en place une pharmacie à usage intérieur (PUI) et bénéficier des compétences d'hospitaliers plus adaptées que celles des professionnels d'officine. À Surgères particulièrement, la préparation des piluliers par un préparateur en pharmacie a permis de libérer du temps d'infirmières auprès des résidents.

Concernant les achats de médicaments et de petits matériels à usage médical, des économies substantielles ont pu être réalisées du fait du volume induit par le regroupement des trois établissements.

La fonction technique a constitué un apport très important dans le cadre de la direction commune du fait principalement des reconstructions ou restructurations en cours ou en projets. À ce titre, l'ingénierie et l'expertise de l'ingénieur et des cadres techniques du CH permettent une meilleure maîtrise des projets et une diminution des coûts d'études. Il est important de noter que la direction commune a permis de créer des postes et ainsi de spécialiser et étoffer l'équipe technique qui comprend notamment un technicien supérieur, un thermicien, un agent chef de la sécurité incendie, une dessinatrice. Les temps d'ouvriers et de techniciens ont également pu être augmentés.

Des économies financières ont été réalisées, par ailleurs, lors de la négociation de contrats communs ou séparés mais négociés sur les mêmes bases tarifaires ou du fait de prêts groupés.

Des actions multisites sont réalisées par l'équipe technique de Saint Jean d'Angély. Cela permet à Matha et Surgères d'avoir accès à des prestations qu'ils n'auraient pas été en mesure de s'offrir dans un contexte sans direction commune. Il en va ainsi, par exemple, du contrôle et de l'entretien des installations thermiques et des suivis de consommations d'énergies. Le corollaire de ces mises en commun est la mise en place de procédures et de systèmes communs. La Gestion de la Maintenance Assisté par Ordinateur (GMAO) est aujourd'hui implantée dans chaque établissement, ce qui facilite les interventions de l'équipe technique.

Le responsable de la sécurité incendie est chargé de la supervision des installations sur les trois établissements. Il assure également des actions de formation, qui constituent une exigence légale prioritaire, sur les trois structures.

Les établissements sociaux et médico-sociaux disposent donc de professionnels compétents et spécialisés qui assurent l'assistance logistique et technique et qui solutionnent les problèmes importants tandis que le quotidien est géré par les propres agents de chaque institution.

En termes d'organisation, Surgères dispose d'un ouvrier et Matha de quatre. Les responsables de chaque équipe sont les adjoints techniques de l'ingénieur ce dernier étant le niveau hiérarchique secondaire.

Enfin, les contraintes techniques sont communes pour les trois établissements et sont réalisées par les agents du CH de Saint Jean d'Angély.

L'exposé de ces quelques domaines où la mutualisation des moyens est une réussite met en exergue les avantages de ce procédé. S'il est vrai qu'elle peut être réalisée dans d'autres formules de coopération, la direction commune est un montage facilitateur du fait de la préexistence des liens entre les établissements. Le CH peut, dans ce cadre, procéder à des recrutements qu'il n'aurait pas pu réaliser autrement et les établissements médico-sociaux disposent de la spécialisation et de la technicité des intervenants dans chaque domaine. Les gains de temps et les économies financières peuvent être non négligeables. De même, les systèmes de gardes administratives et techniques communes facilitent le fonctionnement des établissements.

Enfin et par opposition aux autres modes de coopération, la direction commune permet des décisions rapides et dans un intérêt nécessairement commun du fait de l'existence d'un décideur unique : le directeur du CH, chef des trois établissements et le DESS dans le cadre de sa délégation de compétence. Dans les autres types de coopération, il y a autant de décideurs que de structures, ce qui complique les prises de décisions notamment du fait d'intérêts différents voire parfois contradictoires.

Les directions communes Saint Jean d'Angély, Matha, Surgères ont donc permis de faire évoluer les établissements dans le sens d'une plus grande attention et d'une plus grande spécialisation dans le secteur des personnes âgées et handicapées. La présence d'un DESS dans l'équipe de direction conjuguée à une mutualisation des moyens efficiente rendent le dispositif intéressant pour les structures qui rentrent dans un « système gagnant-gagnant ». Toutefois, le dispositif reste à améliorer.

2.2 Un fonctionnement qui mérite d'être approfondi

Si la direction commune montre un bilan globalement positif par les avancées qu'elle a procurées à chaque établissement, il n'en demeure pas moins que des objectifs sont à améliorer ou à amorcer. Ainsi, si la mutualisation des moyens a été mise en place et est globalement satisfaisante, elle est toutefois complexe. Par ailleurs, les objectifs initiaux de renforcement de la dynamique de coopération et d'association au réseau gérontologique de proximité qui traduisent une volonté de collaboration en matière de prise en charge n'en sont qu'aux prémices.

2.2.1 La mutualisation des moyens : une efficience qui reste à parfaire

La mutualisation des moyens humains est le reflet de l'historique et des relations existantes entre Saint Jean d'Angély et Matha d'une part et Surgères d'autre part. Le des différences figurent dans le tableau suivant.

Secteurs d'activités	Agents ayant des fonctions mutualisées sur		
	les trois établissements	Saint Jean d'Angély et Matha	Saint Jean d'Angély et Surgères
Direction	Directeur		
Secteur gériatrique et médico-social	DESS Agent chargé des affaires sociales		
Gestion du personnel	Directeur adjoint AAH Bureau du personnel		
Services financiers	Directeur adjoint AAH	<u>Cas particulier :</u> Un adjoint administratif de Matha exerce son activité à l'hôpital.	
Services économiques	Directeur adjoint Adjoint des cadres 2 adjoints administratifs (les interventions de ces trois agents sont ponctuelles)	Localisé au sein des services financiers, il effectue notamment des tâches d'économat.	Adjoint administratif
Services techniques	Ingénieur Chef de la sécurité incendie	Technicien supérieur Ouvrier professionnel	Assistante Ouvrier professionnel
Pharmacie	Pharmacien		Préparateur en pharmacie
Informatique	Informaticien		
Approvisionnement		Magasinier	
Cuisine		<u>Cas particulier :</u> Trois cuisiniers de Matha travaillent à la cuisine de l'hôpital.	
Lingerie		Equipe	

C'est ainsi, par exemple, que l'on constate que l'équipe technique de l'hôpital intervient davantage sur Surgères qui ne compte qu'un seul ouvrier que sur Matha qui en

a quatre. De même, la présence des cuisiniers de Matha sur Saint Jean d'Angély est le corollaire de la mise en place de la liaison froide entre les deux structures.

Le facteur humain conjugué à la charge de travail peut être source de difficultés. Ainsi, les membres de l'équipe de direction, excepté le DESS, connaissent les établissements médico-sociaux, mais y sont insuffisamment présents. Cela peut engendrer chez les agents des sites un sentiment d'absence des décideurs, parfois d'isolement. Le DESS prend alors une dimension importante en ce qu'il représente la direction et fait le relais avec les autres directeurs adjoints. Cependant, et malgré leurs contraintes professionnelles diverses, il serait nécessaire d'assurer davantage de temps de présence sur ces structures, ce qui pourrait notamment être fait lorsque des dossiers particuliers et importants entrant dans leurs domaines de compétences sont à traiter. Le directeur met l'accent particulièrement sur la nécessité pour la direction des ressources humaines de se rendre plus régulièrement à Matha et Surgères. Un agent pourrait y assurer une permanence régulière.

Pour les agents ayant des fonctions mutualisées, la principale difficulté est due, outre le fait qu'ils travaillent pour des établissements qui ne sont pas leur employeur, au fait qu'ils ne les connaissent pas ou mal. Cela peut être problématique pour le traitement des dossiers, les relations téléphoniques apparaissant parfois insuffisantes. Si la distance est perçue, par certains, comme un véritable obstacle, il faudrait le dépasser pour amener les agents de Saint Jean d'Angély, dont la nature des fonctions et les circonstances de l'espèce l'exigent, à se rendre sur place. Ainsi, par exemple, pour la définition du marché relatif à la sous-traitance de l'entretien d'une partie du linge de Surgères, l'agent des services économiques en charge du dossier conjointement à l'attaché d'administration hospitalière du site est allé sur le terrain, ce qui était indispensable pour rencontrer les lingères et réaliser l'étude de besoins.

La différence de fonctionnement se retrouve également dans la répartition des missions entre Saint Jean d'Angély et Matha ou Surgères c'est-à-dire entre celles qui font l'objet d'une centralisation et celles pour lesquelles sont utilisées les compétences sur place.

Le tableau suivant retrace les principaux partages de compétences :

Domaines	Etablissement de Surgères Missions réalisées par :			Etablissement de Matha Missions réalisées par :		
	Surgères	Saint Jean	Conjointement ²⁴	Matha	Saint Jean	Conjointement
RESSOURCES HUMAINES						
<u>Gestion des emplois :</u>						
- Création et transformation de poste		X			X	
- Entretiens en vue de recrutements			X			X
- Recrutements		X			X	
- Contrat de travail		X			X	
- Définition des profils de postes			X			X
- Évaluation et notation			X			X
- Suivi des effectifs		X			X	
<u>Gestion financière</u> ²⁵		X			X	
<u>Gestion du temps de travail :</u>						
- Fixation des règles du temps de travail		X			X	
- Plannings			X			X
- Analyse de l'absentéisme		X			X	
<u>Formation continue :</u>						
- Recueil des besoins	X			X		
- Fixation du plan			X			X
- Consultation et choix des organismes		X			X	
<u>Relations sociales :</u>						
- Négociation avec les RP		X			X	
- Préparation du CTE		X			X	
FINANCES, BUDGET, SYSTÈME D'INFORMATIONS						
<u>Domaine budgétaire et financier :</u>						
- Élaboration, exécution et suivi du budget		X			X	
- Politique d'investissements		X			X	
- Politique d'emprunts et de gestion de la dette		X			X	
<u>Domaine de l'activité :</u>						
- Admissions et sorties	X			X		
- Émission des titres de recettes et de la facturation liée à l'activité	X			X		
<u>Informatique et système d'informations</u>		X			X	

²⁴ Ces actions sont soit réalisées par le site ou le centre hospitalier, soit réalisées ensemble, soit l'établissement (Matha ou Surgères) émet un avis ou fait une proposition et Saint Jean d'Angély valide

²⁵ Il s'agit de la fixation des enveloppes consacrées aux remplacements, des paies, des primes...

Domaines	Etablissement de Surgères Missions réalisées par :			Etablissement de Matha Missions réalisées par :		
	Surgères	Saint Jean	Conjointement ²⁶	Matha	Saint Jean	Conjointement
SERVICES ÉCONOMIQUES						
<u>Dépenses d'exploitation :</u>						
- Commandes	X				X	
- Engagement des dépenses	X				X	
- Liquidation	X				X	
- Mandatement	X				X	
- Suivi des dépenses			X		X	
<u>Investissements</u>						
- Plan d'investissement			X			X
- Dépenses d'investissement	X				X	
Marchés publics			X		X	
SERVICES TECHNIQUES						
<u>Travaux et gros chantiers²⁷</u>		X			X	
<u>Maintenance :</u>						
- Gestion journalière	X			X		
- Contrôle et adaptation aux normes aux normes de sécurité		X				X
<u>Suivi et contrôle des installations :</u>						
- électriques			X		X	
- thermiques		X			X	
- mécaniques		X			X	
Sécurité incendie		X			X	

La mutualisation des moyens administratifs, logistiques et techniques peut être source de difficultés du fait des différences de fonctionnement sur chaque établissement. Cela nécessite une adaptation constante des acteurs. La mise en commun de moyens représente, il est vrai, une richesse, mais également une complexité. Pourtant, cette problématique répond à l'exigence de tenir compte des spécificités, de l'historique et des compétences de chaque structure. Pour le directeur, il ne s'agit pas, en effet, de tout centraliser, ce qui aurait pour effet de montrer une certaine défiance du CH à l'égard des établissements médico-sociaux de plus petite taille, mais davantage de mutualiser ce qui a un intérêt qu'il soit économique ou lié à une expertise particulière. Il s'agit alors de bien définir la répartition des missions et compétences entre les établissements. On peut noter, par exemple que, dans le domaine des services économiques, le découpage n'est pas toujours clair. Entre Saint Jean d'Angély et Surgères, le partage des marchés se fait en fonction de leur importance et du niveau de formalisme qu'il requiert. Le critère est trop

²⁶ Ces actions sont soit réalisées par le site ou le centre hospitalier, soit réalisées ensemble, soit l'établissement émet un avis ou fait une proposition et Saint Jean d'Angély valide

²⁷ Cela recouvre l'étude faisabilité, la préparation et la rédaction des dossiers de consultation, la réalisation des chantiers en interne, le suivi des chantiers dans le cas d'une maîtrise d'œuvre

imprécis pour que chacun sache avec certitude ce qui relève de sa compétence. Il y a une volonté de mettre en place des procédures établissant les rôles de chacun, mais cela n'est qu'au stade du projet.

Par ailleurs, la réussite du dispositif tient aux personnalités. En effet, les services de Saint Jean d'Angély doivent pouvoir bénéficier d'informations fiables communiquées en temps réel. Les cadres ont alors un rôle important à jouer, leur compétence et leur implication sont donc essentielles. En l'absence de ces deux éléments, la situation peut devenir compliquée et la gestion moins efficiente.

Enfin, les choix logistiques stratégiques opérés dans l'intérêt de Matha au moment de la création de la direction commune montrent leurs limites. Ces décisions indispensables pour la survie de l'établissement s'imposaient à l'époque. Aujourd'hui, on regrette toutefois que la qualité des prestations ne soit pas toujours satisfaisante. Ainsi, la blanchisserie de Saint Jean d'Angély n'assure pas toujours un service rapide et de qualité et la liaison froide en matière de restauration n'apporte pas une qualité gustative équivalente à celle de la liaison chaude.

En définitive, la mutualisation des moyens présente des inconvénients au delà desquels il sera difficile d'aller, étant donné leur nature liée à l'histoire, à la situation de chaque établissement et à la personnalité des acteurs. Il n'en demeure pas moins qu'elle est un dispositif avantageux qu'il convient de maintenir et d'améliorer.

Mais, pour que la coopération soit réellement aboutie, encore faut-il établir une collaboration en matière de prise en charge. Dans ce domaine, beaucoup reste à faire.

2.2.2 La coopération inter établissements en matière de prise en charge : un défi à relever

Malgré les objectifs de réseau gérontologique et de dynamique de coopération posés en 1995, les conventions de direction commune étaient principalement axées sur le volet gestion. Il y a donc aujourd'hui un échec de la collaboration inter-établissements dans le domaine de la prise en charge. Notamment, aucun travail n'a été réalisé sur l'harmonisation des pratiques de soins ou les facilités à opérer dans les circuits des personnes âgées c'est-à-dire dans l'entrée des résidents de Matha et Surgères à l'hôpital et inversement, dans l'accueil des patients dans ces maisons de retraite. Il s'agit alors d'un défi à relever pour les années à venir.

Ces propos doivent être nuancés par l'existence d'amorces qui peuvent constituer une base solide à la constitution d'un véritable réseau.

Ainsi, en premier lieu, des rencontres entre les agents des trois établissements sont organisés dans le cadre des formations communes. Comme nous l'avons vu, celles-ci facilitent les échanges d'informations sur les pratiques, sur les difficultés quotidiennes,

permettent aux agents d'appréhender d'autres modes de fonctionnement et de façon plus concrète la notion de direction commune. Depuis peu, les médecins coordonnateurs organisent des réunions où ils abordent les problématiques médicales et liées au projet de soins. Un travail sur les protocoles, voire une harmonisation en la matière, pourra être envisagée. L'initiative qui appartient à ces seuls acteurs ne peut qu'être encouragée. Enfin, des réunions de cadres de santé et socio-éducatif ont lieu depuis plusieurs années. Les cadres de santé de Matha et Surgères considèrent qu'elles constituent un apport tant pour eux que pour les établissements. En effet, elles permettent aux cadres de sortir de l'isolement, de parler de leurs difficultés, d'échanger des idées voire d'aborder des thématiques à travailler en commun. L'hygiène est ainsi, actuellement, un axe de travail pour le groupe. L'organisation matérielle de ces réunions revêt également une grande importance : elles sont « tournantes », c'est-à-dire qu'elles ont lieu alternativement à Matha, Surgères et Saint Jean d'Angély, ce qui induit une connaissance de chacune des trois structures. Moins fréquentes aujourd'hui, le directeur souhaite qu'elles soient relancées et qu'y participent le DESS et le directeur des soins. Si elles peuvent constituer une véritable base pour la coopération en matière de prise en charge et notamment pour l'harmonisation des pratiques, les réunions cadres présentent toutefois des limites sur lesquelles il convient de s'arrêter. Ainsi, d'une part, leur contenu et l'ordre du jour sont parfois insuffisants. Si le dialogue et la communication sont essentiels, il serait intéressant d'axer davantage ces rencontres sur un travail comportant un objectif précis avec une obligation de résultat. D'autre part, la composition du groupe pose quelques difficultés. Le cadre socio-éducatif du foyer pour adultes handicapés de Matha a du mal à trouver sa place au milieu de cadres soignants. De plus, si des problématiques peuvent être communes entre EHPAD et foyer pour adultes handicapés, d'autres divergent. Quant aux cadres ou adjoints administratifs, ils ne participent pas à ces réunions. Cela va à l'encontre d'une conception d'approche globale de la personne. Les cadres de santé et administratifs doivent constamment collaborer pour assurer une prise en charge complète et de qualité au sujet âgé. Les cadres et adjoints administratifs pourraient donc être associés aux réunions abordant les thématiques les concernant. Selon l'attaché d'administration de Surgères, « cela ne pourrait qu'enrichir le débat, le travail et nourrir la culture de la communauté ».

En second lieu, on note quelques activités communes en matière d'animation : les kermesses, les repas d'anniversaire. Beaucoup moins fréquentes aujourd'hui, ces initiatives devront être, à nouveau, développées. Subsistent toutefois des après-midi organisés entre Surgères et Saint Jean d'Angély dans le cadre de l'animation. Cela permet à la fois aux résidents de conserver des liens sociaux et de rencontrer de

nouvelles personnes et aux animatrices d'échanger et de partager sur leur secteur d'activités.

Enfin, deux acteurs créent du lien entre les structures. D'abord, le chargé des affaires sociales qui travaille sur les trois établissements. Sa conception de la direction commune permet de faciliter la mise en place d'une culture commune et d'harmoniser certaines pratiques. En effet, pour lui, c'est « une grande richesse de travailler sur trois sites qui constituent une seule et même équipe ». Il a, ainsi, été sollicité pour être l'animateur du groupe de travail sur la réalisation d'une procédure d'admission unique. Très investi, il souhaiterait également participer aux réunions des cadres inter-établissements pour les domaines qui le concernent tels le réseau ou la gestion de la liste d'attente.

Ensuite, le DESS a le rôle le plus important dans l'instauration d'une coopération et d'une coordination en matière de prise en charge du fait de sa position de décideur. Une difficulté tient, parfois, dans les différences d'approches du sanitaire et du médico-social. Ainsi, le DESS parle-t-il du poids de l'hôpital et d'une certaine incompréhension pour le secteur médico-social. Il peut impulser des démarches communes, encourager et communiquer autour de la nécessité de travailler ensemble, de créer une filière au cœur de laquelle se trouve la personne âgée. C'est ainsi que les équipes ont commencé à travailler sur le dossier informatisé du résident. Cette action structurante leur permet de confronter des idées voire des pratiques pour aboutir au choix d'un logiciel commun et optimum.

Si des prémices de la collaboration en matière de prise en charge sont posés, le réseau ou la filière gériatrique reste à construire. Une fois les obstacles levés, des choix stratégiques allant dans ce sens devront être opérés.

Les obstacles à la mise en place de cette coopération sont, certes, importants, mais pas rédhibitoires.

Aucune relation n'a pu être établie entre les gériatres du CH de Saint Jean d'Angély et les établissements de Matha et Surgères. C'est un fait regrettable qui explique l'absence de coordination entre le sanitaire et le médico-social et donc de continuité dans la prise en charge du sujet âgé. La principale raison en est l'instabilité de l'équipe de gériatres de l'hôpital, la démographie médicale actuelle étant un facteur aggravant. Face à des professionnels dont la durée de présence dans l'établissement n'a jamais excédée deux ans, il est difficile d'amorcer des projets conséquents sur le long terme. De plus, les modifications d'organisation de la gériatrie à l'hôpital que constituent la création de la médecine gériatrique aigue et la future extension des soins de suite et de réadaptation induisent une charge de travail importante à laquelle l'équipe actuelle a du mal à faire

face. La stabilisation de l'équipe et le recrutement à court ou moyen terme d'un quatrième gériatre devrait être de nature à relancer la réflexion sur ce thème.

La maison de retraite de Surgères se situe sur un territoire de santé différent de celui de Saint Jean d'Angély et Matha. La partition entre les pays d'Aunis et de Saintonge conjugée à l'attractivité médicale exercée par le CH de La Rochelle sont des freins au développement de relations entre Surgères et Saint Jean d'Angély. Aujourd'hui, on note que peu de résidents nécessitant une hospitalisation sont dirigés vers ce CH. Si l'accent mis sur la direction commune peut être un facteur de modifications des pratiques des agents de l'EHPAD, il semble plus difficile de convaincre les médecins libéraux de changer leurs habitudes et les familles d'accepter que leurs parents soient hospitalisés dans un autre hôpital. La collaboration entre les deux établissements n'est pourtant pas impossible, mais seules une plus-value apportée par les gériatres dans la prise en charge et la création de liens entre eux et les médecins traitants pourront provoquer un changement significatif.

Enfin, pour collaborer, il faut échanger, communiquer, se connaître. Or, les cadres des EHPAD de Matha et de Surgères et les cadres des services de l'hôpital amenés à recevoir les résidents ne se rencontrent jamais. Il y a eu une tentative de faire participer les cadres de santé des établissements médico-sociaux à la partie relative aux EHPAD des réunions cadres organisées par l'ancienne directrice des soins. L'absence d'une réelle intégration des cadres des EHPAD et l'absence d'un climat facilitant les rapprochements ont voué cet essai à l'échec. Une solution devra pourtant être trouvée pour que les acteurs de la prise en charge de la personne âgée tissent des liens et travaillent ensemble. C'est pourquoi le directeur souhaite que dès à présent, les cadres de Santé de Matha et Surgères soient invités ponctuellement aux réunions cadres générales de l'hôpital.

Ces obstacles devront être levés et la création d'une véritable filière de soins gériatriques doit être créée. Il en va d'abord de la crédibilité de la direction commune pour les agents principalement. En effet, ceux-ci ne prendront la mesure du mécanisme que s'ils sont face aux apports qu'il peut engendrer notamment dans la prise en charge des résidents.

Ensuite, le directeur indique que si une direction commune peut ne comprendre qu'un objectif de partage de l'équipe de direction ou de mutualisation des moyens, il semble dommage de ne pas pousser plus loin la coopération. En effet, c'est également la collaboration dans le domaine du soin qui fera perdurer ce type de montage, le partage d'un directeur étant, par exemple, davantage une réponse à un problème conjoncturel et n'ayant pas vocation à faire durer le dispositif. De plus, en l'espèce, l'ensemble des trois établissements recouvre une palette de prises en charge très étendue : hébergement

durable, hébergement pour personnes handicapées vieillissantes, hébergement temporaire, accueil de jour, hospitalo-requérants, géronto psychiatrie, médecine gériatrique aigue, soins de suite. Chaque élément pris séparément est victime de son cloisonnement, ce n'est qu'en formant un ensemble cohérent et coordonné que le maillage sur le territoire constituera un recours intéressant pour la population.

Enfin, la réglementation prône expressément, depuis peu, un partenariat entre les établissements de santé et les structures médico-sociales qui doit faire l'objet d'une convention mentionnant :

- « les modalités d'admission des résidents des établissements médico-sociaux au sein de la filière,
- les modalités de retour des résidents des établissements médico-sociaux après une hospitalisation,
- les modalités et outils de partage des informations médicales,
- les partenariats envisageables : formations communes, modalités d'accès à l'unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique, modalités d'intervention à titre expérimental de l'équipe mobile gériatrique au sein de l'établissement médico-social²⁸. »

Une convention type figure en annexe du texte. Ainsi, l'instauration d'une filière de soins n'est donc pas simplement un objectif posé dans le cadre des directions communes, mais une exigence réglementaire dont le respect devrait être facilité par l'existence de cette coopération.

Les directions communes liant Matha et Surgères à Saint Jean d'Angély montrent, après douze ans de fonctionnement, un bilan positif, toutefois à nuancer par des aspects non aboutis. Cela tend à démontrer que si ce type de coopération peut être pérenne, il n'en demeure pas moins qu'il doit être évolutif pour s'adapter aux cas d'espèces et est à la recherche d'un fonctionnement optimal.

²⁸ DHOS, circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Texte non paru au journal officiel.

3 La direction commune, une solution pérenne qui recherche un fonctionnement optimal

Comme nous l'avons vu, la direction commune est un mode de coopération durable, mais pour être réellement pérenne, elle doit évoluer pour s'adapter aux circonstances de l'espèce ou aux nouvelles exigences de la réglementation. C'est ainsi que pour Saint Jean d'Angély, Matha et Surgères, des ajustements ou de nouveaux projets devront être mis en place.

Un dispositif de direction commune doit également répondre à des pré-requis et être clairement défini, qu'il ait vocation à perdurer ou, au contraire, à laisser place à d'autres montages de coopération.

3.1 La direction commune Matha, Surgères, Saint Jean d'Angély : un dispositif qui doit évoluer pour être pérenne

Les principales évolutions qui devront être mises en place concernent trois domaines. Le premier est d'ordre général puisqu'il concerne le fonctionnement des services mutualisés, les deux autres ont trait à des secteurs spécifiques : l'équipe de direction et la prise en charge des personnes âgées.

3.1.1 Un fonctionnement à optimiser

En matière de ressources humaines, trois domaines sont à exploiter. En premier lieu, les règlements du temps de travail des personnels non médicaux présentent quelques différences d'un établissement à un autre. Cela s'explique par l'existence de trois négociations distinctes avec des représentants syndicaux d'horizons différents ou non, mais qui ne travaillent pas ensemble. Ainsi, par exemple, le forfait pour le temps de repas est de 30 minutes pour Saint Jean d'Angély et Matha, et de 24 minutes pour Surgères. De même, un agent en accident de travail ou maladie professionnelle génère des jours de Réduction du Temps de Travail (RTT) pendant 4 semaines pour Surgères et 8 semaines St Jean d'Angély et Matha alors que la réglementation précise que si ces agents se trouvent effectivement en position d'activité, ils ne sont pas en travail effectif et ne peuvent donc bénéficier de RTT. En conséquence, tant dans un souci de répondre à une complexité administrative pour la direction des ressources humaines que dans l'optique de respecter les obligations posées par le statut de la fonction publique hospitalière, une harmonisation en la matière est nécessaire. J'ai ainsi travaillé, dans le cadre de mon stage et en lien avec l'élève directeur d'hôpital présente dans l'établissement, sur deux points. D'une part, nous avons élaborer un règlement du temps de travail du personnel non médical type qui définit les items à aborder et qui reprend les normes réglementaires. D'autre part, nous avons réalisé un tableau comparatif entre les

trois structures. Ces documents serviront de base au DRH pour les futures négociations avec les syndicats.

En second lieu, la direction commune devrait être un atout dans le secteur des recrutements. Un recensement commun des besoins permettrait, lors d'un entretien d'embauche, de proposer un poste indifféremment dans un établissement ou un autre. Cela implique d'établir une méthode et une procédure de recrutement communes. Enfin, la mutualisation de la bourse des emplois par la diffusion des postes vacants des trois sites dans les trois structures faciliterait un roulement des effectifs et donc une mutualisation.

Enfin, la mobilité du personnel dans le cadre de la direction commune est un objectif essentiel. Au regard de l'absentéisme croissant dans le secteur médico-social, il pourrait s'agir d'un remède au « burn out », c'est-à-dire à l'épuisement professionnel et à la démotivation des agents. En effet, des changements périodiques d'équipes, de résidents, de locaux apporteraient, au personnel, une ouverture sur l'extérieur, faciliteraient les échanges et permettraient une prise de conscience sur la situation de leur établissement d'origine comparativement à d'autres. Cet objectif se heurte toutefois à deux obstacles. Le premier concerne l'éloignement géographique entre Matha et Surgères. Les deux structures sont distantes d'environ 45 kilomètres. Le second tient dans la réticence des agents. D'abord, pourront être organisés des stages de découverte d'une ou deux semaines entre Saint Jean d'Angély et Matha distants de 21 kilomètres d'une part et Surgères (28 kilomètres) d'autre part. Ensuite, la mobilité inter-établissements sera proposée aux agents nouvellement recrutés, le personnel ancien dans une structure ayant davantage de difficultés à opérer des changements dans son lieu ou ses méthodes de travail. Basés d'abord sur le volontariat, ces échanges pourront ensuite être généralisés. Une nouvelle organisation sera alors à définir sur la base d'une périodicité de la mobilité du personnel qui devra être pré-établie.

L'ensemble de ces éléments concourra à la création d'une culture commune.

Concernant les achats, les procédures communes existant déjà entre Matha et Saint Jean d'Angély ne revêtent pas la forme juridique adéquate. Le CH effectue les achats et les stocke dans son magasin. Matha fait les demandes de fourniture et opère ensuite les remboursements. Surgères est, quant à lui, autonome en la matière. Il s'agit d'un dispositif complexe et, parfois, contre productif pour les agents des services économiques qui ont une charge de travail supérieure à celle qu'ils auraient en présence d'un seul établissement disposant du même nombre de lits que la direction commune. La constitution d'un groupement d'achats s'avère donc nécessaire. Cela apportera une sécurité juridique par rapport au nouveau code des marchés publics et un confort de gestion plus important. Ainsi, par exemple, un gain de temps non négligeable pourra

s'opérer, une seule consultation devant être passée au lieu de trois. En revanche, les économies d'échelle pouvant être réalisées ne sont pas évidentes. En effet, Matha et Saint Jean d'Angély effectuant déjà en commun leurs achats, l'effet de massification induit par Surgères ne sera pas très important. Des gains existeront, toutefois, en matière de publicité des marchés et des négociations avec les fournisseurs pourront être opérées. La viabilité de ce montage passera nécessairement par de la rigueur. D'une part, l'objet du groupement d'achats devra être clairement défini. S'il peut être large et si des avenants sont possibles, un recensement des besoins de ce qui pourra être acheté en commun devra être réalisé. Ce travail, long et difficile, est indispensable. D'autre part, la question du transport des marchandises devra être posée. Des livraisons trop fréquentes entraîneraient une contre productivité et des pertes financières. La périodicité choisie devra répondre à la fois aux besoins des établissements et à des problématiques économiques. Elle dépendra de la nature des achats effectués.

En outre, les établissements de Matha et Surgères pourront, grâce à la direction commune, bénéficier des groupements d'achats régionaux qui sont en constitution. Réservés aux hôpitaux, ils seront les seules structures médico-sociales à pouvoir y participer.

Le fonctionnement de la pharmacie commune à Saint Jean d'Angély, Matha et Surgères présente des aspects non conformes aux textes réglementaires, bien qu'il ait été validé par le pharmacien inspecteur. Chaque établissement dispose d'une PUI, mais les achats de médicaments et de petits matériels médicaux à usage unique sont effectués par l'hôpital via un marché unique. Il fournit, ensuite, les pharmacies de Matha et Surgères. Or, une PUI ne peut acheter pour une autre²⁹.

La constitution d'un GCS permettra de répondre à l'exigence légale et de rentrer dans le cadre de l'application de l'article R5126-5 du code de la Santé Publique qui précise : « [...] il peut être implanté une pharmacie à usage intérieur dans un lieu dépendant [...] d'un groupement de coopération sanitaire [...] en vue d'approvisionner les autres pharmacies à usage intérieur des membres de ce groupement [...] ».

Par ailleurs, la préparation des piluliers par les infirmiers ou les préparateurs en pharmacie n'est pas un système optimal. En effet, le facteur humain est source d'erreurs, ce qui peut avoir des conséquences graves sur les résidents. De plus, cette organisation ne permet pas d'utiliser les potentialités et les compétences des agents concernés. L'achat commun d'un automate de préparation des médicaments pourrait remédier à ces difficultés. Une étude préalable est toutefois indispensable pour déterminer si les

²⁹ Articles R5126-2 et R5126-3 du Code de la Santé Publique

établissements de Saint Jean d'Angély, Matha et Surgères constituent une taille optimale pour rentabiliser un achat de cet ampleur. Si tel n'est pas le cas, un rapprochement avec d'autres structures sanitaires ou médico-sociales devra être envisagé.

Enfin, les conventions de direction commune mentionnent la réalisation d'une évaluation annuelle du dispositif. Celle de Surgères prévoit, en outre, une réunion des Présidents de Conseils d'Administration sur ce thème et selon la même périodicité. Or, ces réunions n'ont jamais eu lieu et hormis en 1997 et 2001, aucun bilan complet n'a été réalisé. Il me semble que ces dispositions ne sont pas adaptées au dispositif. Des rencontres entre les politiques ne se conçoivent que lors de problèmes spécifiques et importants, qui sont susceptibles de mettre à mal la direction commune ou lors du recrutement du directeur. Concernant les bilans, la périodicité choisie me semble trop courte. Beaucoup de projets demandent du temps et certaines évolutions ne se dessinent qu'après plusieurs années. Un bilan complet comprenant une partie relative à la prise en charge des résidents et aux avancées dans les projets propres au secteur médico-social tel les projets d'établissements ou les conventions triparties et une partie spécifique pour chaque direction fonctionnelle devrait, selon moi, être réalisé, puis discuté en CA au moment du renouvellement des conventions. La périodicité serait donc de cinq ans pour Matha, six ans pour Surgères et trois ans, dans un premier temps, pour Saint Savinien. L'idée qui devra sous-tendre ce fonctionnement, est que les bilans n'ont pas vocation à servir d'arguments pour ou contre le maintien de la direction commune, mais à mesurer les apports et les améliorations à opérer. Les représentants du personnel de Surgères souhaiteraient que ces bilans fassent également l'objet d'une discussion avec l'ensemble du personnel. Cependant, s'il est vrai qu'une communication autour de la direction commune et de son fonctionnement doit exister, je pense qu'une telle rencontre, n'aurait qu'un intérêt moindre. En effet, elles ne se concevraient que si elles étaient basées sur des échanges. Or, il est souvent bien difficile, pour les agents, de s'exprimer devant la direction et, de surcroît, une assemblée nombreuse. La réunion risquerait de se transformer en un simple exposé. Les comptes rendus des CTE accompagnés d'une communication ponctuelle sur l'intérêt et les apports de la direction commune me semblent donc suffisants.

3.1.2 L'équipe de direction : un fonctionnement à parfaire

Le recrutement d'un DESS a imposé la refonte de l'organisation de l'équipe de direction. Les rencontres régulières entre celui-ci et les directeurs fonctionnels rendent le fonctionnement globalement satisfaisant pour faire avancer les dossiers stratégiques importants. Mais, même si les collaborations sont effectives et efficaces, une optimisation peut être opérée. Il en va ainsi concernant les liens de collaboration et la communication

entre le directeur de la gériatrie et du secteur médico-social et les directeurs fonctionnels. Les réunions de direction hebdomadaires sont consacrées de manière importante aux EHPAD et au foyer pour adultes handicapés comparativement aux nombres de lits qu'ils représentent. Pourtant, certains directeurs s'estiment encore insuffisamment informés ou sollicités sur les problématiques concernant Matha et Surgères. Par exemple, le directeur des services économiques, responsable de la logistique, n'est pas invité ou tenu informé des commissions des menus de Surgères. De même, lorsqu'il a dû monter le dossier du foyer d'accueil médicalisé (FAM) de Matha en vue de la visite de conformité de la DDASS, le directeur des affaires financières a estimé manquer d'éléments. Une information précise et une véritable collaboration sur les dossiers est à trouver. Pour ce faire, des réunions périodiques entre le DESS et les directeurs fonctionnels doivent être organisées. Elles permettront une information mutuelle, la réalisation de points sur les dossiers en cours, des discussions sur les difficultés ponctuelles. Pourront être sollicités, en fonction des thématiques abordées, les agents des sites ou des directions fonctionnelles. Par exemple, aujourd'hui, pour l'élaboration des budgets, le DESS et le directeur des affaires financières travaillent chacun en lien avec le directeur, mais pas ensemble. Il serait préférable et c'est ce que souhaiterait mettre en place le directeur qu'ils élaborent les hypothèses du budget au regard des orientations générales. L'attaché d'administration hospitalière des finances préparerait le document qui serait ensuite présenté au directeur pour validation.

Par ailleurs, le directeur des soins apparaît dans la composition de l'équipe de direction, mais pas dans les tableaux de répartition des charges financières entre les établissements. C'est pour des raisons historiques et de personnalités qu'il n'intervient pas à Matha et à Surgères. Récemment, le directeur lui a demandé d'avoir un rôle de « consultant » afin d'apporter aux structures son expertise quant à des difficultés précises d'organisation ou des problématiques spécifiques. C'est ainsi, par exemple, que lui a été confiée la réalisation du projet de soins du FAM nouvellement créé. Je pense qu'il doit s'agir d'une première étape ayant pour but de donner au directeur des soins une place qui lui permette d'intervenir plus régulièrement sur des problématiques liées à l'organisation des soins dans les EHPAD et le foyer. Ensuite, il faudra instaurer une collaboration avec le DESS suivant l'organisation retenue. Les relations entre le directeur des soins et les cadres de santé de Matha et Surgères se développeront, comme nous l'avons vu, lors des réunions entre les cadres des EHPAD ou les réunions générales de cadres. Ces propositions se justifient par une volonté d'utiliser toutes les compétences spécialisées pour obtenir une prise en charge de qualité pour le résident. Cette collaboration peut passer, aussi, par des échanges d'idées, des confrontations d'arguments entre DESS et directeur des soins.

Un rapprochement doit également s'opérer entre les directeurs fonctionnels et leurs équipes et les agents et cadres de Matha et Surgères. Le DESS indique, en effet, que les agents des directions fonctionnelles ne vont pas suffisamment dans les établissements de Matha et Surgères. Ainsi, les rendez-vous fixés au CH ne devront plus avoir lieu que de façon exceptionnelle. De même, le traitement des dossiers qui les concernent, devra davantage avoir lieu sur site. Cela implique pour les directeurs de dégager du temps pour ces déplacements et pour les agents des directions fonctionnelles d'entrer dans une dynamique de connaissance des établissements et de leurs interlocuteurs. Si cette problématique concerne au premier chef le DRH et le bureau du personnel, les autres doivent également s'y conformer. Le directeur des affaires financières indique qu'il faudrait qu'il aille davantage sur les sites et que l'attaché d'administration hospitalière des services financiers se rende également sur place pour faire les corrections et ajustements en direct avec les agents de Matha et Surgères.

Enfin, l'entrée de la maison de retraite de Saint Savinien dans la direction commune va entraîner une nouvelle modification de la structuration de l'équipe de direction. L'ancien poste de directeur est intégré dans l'équipe de direction commune en qualité de DESS adjoint. Si son rôle sera similaire à celui du DESS en poste, les modalités de son exercice seront quelque peu différentes. Ainsi, l'étendue des projets actuels de l'établissement : reconstruction de la maison de retraite, fusion avec le foyer logement, induit un temps de présence important sur l'établissement. De plus, une mission particulière consistera dans la détermination des potentialités existantes sur place et à contrario, ce qui ultérieurement devra faire l'objet d'une mutualisation.

Ce nouveau DESS participera aux réunions de direction, aux gardes administratives et effectuera l'intérim sur les établissements dont a la charge l'autre DESS pendant ses congés. Reste à définir la répartition entre les deux DESS des quatre établissements médico-sociaux, dont le fonctionnement de l'un est partagé avec le directeur des soins. Une répartition fonctionnelle n'étant pas concevable car trop complexe, c'est une répartition géographique qui devra être opérée. Je pense que plusieurs facteurs devront être pris en compte, notamment l'éloignement géographique entre les établissements, leur histoire ainsi que leurs problématiques et projets futurs. Ainsi, d'abord, la distance séparant Matha et Surgères me semble être un élément défavorable pour en donner la charge à la même personne. Ensuite, Matha est un établissement difficile qui justifie un temps de présence important et Saint Savinien une structure où beaucoup de changements sont à faire, notamment en termes d'organisation. Enfin, concernant les projets actuels ou futurs, Surgères devrait, dans le cadre de la nouvelle convention tripartite, faire l'objet d'une restructuration. À l'EHPAD de Saint Jean d'Angély, les objectifs sont la définition des nouvelles organisations liée à la construction de la nouvelle

structure dont l'achèvement est prévu fin 2008. À Matha, la mise en place du FAM avec une augmentation de cinq places a pour corollaire la construction d'une aile supplémentaire et la maison de retraite devrait également être restructurée pour diminuer le nombre de chambres à deux lits et répondre, ainsi, aux préconisations et exigences en la matière. Enfin, la maison de retraite de Saint Savinien a de grands projets en cours ou à venir, comme nous l'avons déjà évoqué : la construction, la fusion avec le foyer logement et la définition du partage des fonctions administratives dans le cadre d'une opération de mutualisation qui devra se mettre en place avec les services de l'hôpital de Saint Jean d'Angély. C'est pourquoi, je propose de confier au nouveau DESS la gestion des établissements de Surgères et Saint Savinien. Cette proposition est confortée par le fait que, d'une part, le DESS actuellement en poste est le chef de projet de la construction de l'EHPAD de Saint Jean d'Angély et que, d'autre part, je pense qu'elle a une connaissance importante du handicap et de ses problématiques et de l'historique de l'établissement, ce qui constitue un atout essentiel pour le management de cette structure.

Les directions fonctionnelles, dans l'impossibilité aujourd'hui de prendre une charge de travail supplémentaire compte tenu de leurs effectifs, n'auront qu'un rôle ponctuel de conseil ou d'aide. Seules les fonctions techniques et financières devront être rapidement reprises par les services de St Jean d'Angély. Cela se justifie par le fait que la maison de retraite de Saint Savinien ne dispose que d'un homme d'entretien, ce qui est incompatible avec la vaste opération de travaux à venir et que les domaines budgétaires et financiers étaient traités par l'ancienne directrice et que l'établissement ne dispose pas, parmi les agents administratifs, de compétences en la matière.

3.1.3 La prise en charge des personnes âgées : la nécessité de créer un dynamique de groupe entre les établissements

Comme nous l'avons vu précédemment, la coordination et la collaboration en la matière n'en sont qu'aux prémices. Pour avancer, une harmonisation des pratiques et des liens entre les établissements devront être créés.

L'harmonisation des pratiques se heurte à la difficulté de trouver un équilibre entre adéquation et spécificités des établissements. Ainsi, établir des procédures et des protocoles de soins communs est une nécessité pour faciliter l'organisation, mais une adaptation à chaque structure est également indispensable. Par exemple, le travail réalisé par chaque EHPAD pour l'élaboration d'une procédure d'admission unique a mis en exergue des différences dans la composition des équipes qu'il fallait prendre en compte. Si chaque établissement dispose d'un cadre de santé, d'un médecin coordonnateur et d'un adjoint administratif, Surgères a également un attaché d'administration hospitalière et Saint Jean d'Angély, une infirmière clinicienne. Ils ont tous un rôle à jouer dans

l'admission des résidents. Il convient donc pour le DESS de favoriser les réunions de travail inter sites dans lesquelles seront travaillées des trames de protocoles et de procédures identiques. Elles devront ensuite faire l'objet d'une adaptation interne à chaque établissement avant d'être validées par la direction. C'est sur cette base que j'ai proposé, dans le cadre de ma mission sur le renouvellement des conventions tripartites de Matha et Surgères, un travail en commun des trois EHPAD sur la gestion des risques de maltraitance en établissement, document rendu obligatoire par la circulaire sur la campagne budgétaire pour l'année 2007 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées du 06 avril 2007. Validé sur le principe par la direction, ce travail sera réalisé d'ici la fin de l'année et devra faire l'objet d'une adaptation à chaque établissement début 2008.

Par ailleurs, pour répondre à la complexité des démarches administratives auxquelles doivent faire face les familles pour l'entrée de leur parent en maison de retraite et pour assurer la pertinence de la direction commune, la mise en place d'une liste d'attente commune avec constitution d'un seul dossier de demande d'admission est à étudier. Les familles pourraient, ainsi, faire des demandes pour un ou plusieurs d'établissements et une réponse plus adaptée aux problématiques de la personne âgée serait proposée. Une réflexion bien en amont sera nécessaire. Il s'agira notamment de définir un responsable chargé de gérer cette liste d'attente.

La filière de prise en charge des personnes âgées est importante tant pour l'hôpital que pour les EHPAD. Les hospitalisations des résidents doivent être organisées et les passerelles entre les deux types de prise en charge mises en place.

Concernant les hospitalisations des résidents, il y a aujourd'hui une absence de communication qui va à l'encontre de la notion même de direction commune. Je pense qu'un carnet de liaison retraçant les soins apportés à la personne, les traitements et son état général pourrait être rempli par les services de l'hôpital et transmis à l'équipe de l'EHPAD lors de la sortie. Ce modèle existe depuis peu dans le cadre du réseau « RELANSE » qui s'occupe du retour à domicile des personnes âgées hospitalisées sur deux cantons du pays, Aulnay et Néré. Des entretiens téléphoniques pourraient compléter le dispositif, notamment les services de médecine donneraient des informations sur l'évolution de l'état de santé du résident et informeraient l'EHPAD, bien en amont, lorsque cela est possible, de la sortie afin qu'elle puisse être préparée. Les réunions entre les cadres de santé de Matha, Surgères et Saint Jean d'Angély et services de médecine susceptibles d'accueillir des résidents auraient alors vocation à traiter des difficultés récurrentes et des problématiques nouvelles.

A l'inverse, les patients âgés de l'hôpital nécessitant une entrée en maison de retraite devraient être admis en priorité dans les EHPAD de la direction commune. Le CH

diminuerait ainsi sa durée moyenne de séjour, ce qui a un impact important dans un contexte de tarification à l'activité. Pour ce faire, les services devront informer le responsable de la liste d'attente commune et les cadres de santé des EHPAD afin de s'enquérir de l'existence de places disponibles éventuelles. Ce dispositif est soumis à condition : l'accord des familles et de la personne âgée pour une entrée dans la maison de retraite ayant une place disponible et compatible avec ses pathologies.

Enfin, la mise en place de bilans et consultations gériatriques est indispensable pour assurer une prise en charge de qualité. Effectués par les gériatres de Saint Jean d'Angély, ils devront bénéficier aux quatre établissements. Pour Surgères, notamment, cela constituera une plus value qui inciterait les médecins traitants à diriger leurs patients sur Saint Jean d'Angély et non plus sur La Rochelle.

3.2 La direction commune : un mode de coopération qui peut être durable sous réserve d'être clairement défini

La direction commune est un modèle souple de coopération car elle est basée sur une convention. Si, comme nous l'avons démontré, elle peut être durable, elle peut également évoluer vers soit un retour à l'autonomie³⁰, soit un autre mode de coopération. Pour ce cas d'espèce, l'étude des différentes hypothèses conduit à proposer le maintien de la formule existante.

Mais, lorsque l'on envisage de créer et de faire perdurer une direction commune, encore faut-il respecter un certain nombre de pré-requis.

3.2.1 La direction commune, une formule de coopération qui peut évoluer

La direction commune peut évoluer dans trois directions. Outre le fait que tout au long de son fonctionnement, elle doit s'adapter, elle peut être dénoncée, se transformer en GCS ou GCSMS ou laisser place à une fusion.

Les textes réglementaires abordant la direction commune prévoient expressément la possibilité d'une dénonciation par délibération des CA. Il s'agit d'une simple application de la règle selon laquelle le contrat est la loi des parties. Liberté est ensuite laissée aux établissements de prévoir ou non les cas particuliers dans lesquels il peut être mis fin au montage. Les conventions de Saint Jean d'Angély, Matha, Surgères et Saint Savinien ont utilisé cette possibilité³¹.

De façon générale, trois hypothèses principales peuvent conduire à une dénonciation de la direction commune. Il peut, d'abord, avoir été prévu dès la signature de la convention

³⁰ Cette expression est employée pour traduire l'hypothèse d'une cassure de la direction commune, les établissements signataires conservant leur pleine autonomie juridique et financière

³¹ Voir infra

qu'elle n'aurait qu'une durée limitée. Cela recouvre notamment les cas où le montage a été mis en place pour répondre à une problématique conjoncturelle : difficultés financières passagères, difficulté à recruter un directeur. Ensuite, il peut s'agir d'une réponse à la volonté des acteurs en présence, c'est-à-dire des directeurs et surtout des Présidents de CA. Enfin, la dénonciation peut être due à un non respect de la convention par une des parties ou par des difficultés importantes de fonctionnement. Ainsi, la direction commune entre deux centres hospitaliers et deux EHPAD dans le département a pris fin au bout de quelques années. Les deux principales raisons évoquées par le directeur sont l'éloignement géographique entre les deux hôpitaux qui créait des difficultés en terme de mutualisation des moyens et les freins politiques. Une autre direction commune a été mise en place entre un hôpital de recours et un EHPAD du fait de l'existence, pour ce dernier, de problèmes financiers et d'un poste de directeur peu attractif. Les élus ont considérablement facilité la mise en place du montage. Pour le directeur, il ne s'agit là que d'une situation transitoire. Une fois la structure prête à fonctionner seule, il souhaite accompagner un retour à l'autonomie.

Concernant Saint Jean d'Angély, Matha et Surgères, une cassure de la direction commune semble peu envisageable. Notamment pour Matha, le degré et l'étendue de la mutualisation, le peu d'autonomie qui reste sur le site laissent peu de place à cette éventualité. De plus, cela ne correspond pas à la volonté de l'actuel Président du CA. Pour Surgères, le retour à l'autonomie serait moins difficile, mais un accompagnement du CH serait nécessaire. Toutefois, cette solution aurait des conséquences très négatives pour l'établissement : perte de compétences spécifiques, pertes financières notamment.

La direction commune peut se transformer en GCS. S'il présente l'avantage de la clarté et de la simplification des fonctionnements, il a de nombreux inconvénients. D'abord cela entraînerait une complexité et une lourdeur administratives supplémentaires. En effet, il nécessite la création de nouvelles instances, la définition d'une convention constitutive et d'un règlement intérieur et il donne naissance à une nouvelle entité ayant sa propre autonomie. Ensuite, il y aurait un danger de mise en place d'un fonctionnement unique qui irait à l'encontre de la nécessaire conservation, pour chaque établissement, de sa culture propre et de ses spécificités. Enfin, la question de la présidence serait à résoudre. Politiquement, il n'est pas concevable que seul l'un des Présidents de CA exerce cette fonction. Il paraît tout aussi difficile d'instaurer une présidence tournante, notamment lorsque le GCS regroupe des établissements sanitaires et médico-sociaux. Le GCSMS, nouvel outil de coopération, poserait le même type de difficultés.

En l'espèce, la situation se compliquerait encore du fait du statut des établissements. La coexistence de deux structures communales et d'une départementale induirait de possibles difficultés dans les relations politiques. La primauté des

inconvénients sur les avantages que procureraient le GCS ou le GCSMS montre que cette hypothèse est à écarter.

La direction commune peut également mener à une fusion. Certains directeurs considèrent, d'ailleurs, qu'il s'agit d'une suite logique et nécessaire : la direction commune est la première étape de l'intégration. C'est cet argument qui constitue, le plus souvent, un frein à la mise en place de la convention. Les Présidents de CA craignent de perdre leur rôle stratégique et les agents d'être intégrés dans un fonctionnement de masse. Or, nous avons démontré que si la convention de direction commune peut laisser place à un autre mode de coopération, elle peut également être pérenne. La décision de fusionner doit alors résulter d'une volonté forte des acteurs des établissements et présenter des intérêts manifestes. Le principal avantage serait de limiter le nombre des instances : un seul établissement, donc un seul CA, un seul CTE, une seule CME. Elle faciliterait également le fonctionnement puisqu'un groupement d'achats et la constitution d'un GCS pour la pharmacie ne seraient pas nécessaires. En contrepartie, les structures perdraient l'intégralité de leur autonomie et des difficultés de gestion pourraient apparaître. Ainsi, les problématiques d'un EHPAD rattaché à un CH pourraient se diffuser : il s'agit de la difficile articulation entre le sanitaire et le médico-social et la vision encore négative des agents des services de l'hôpital à l'encontre de ceux exerçant en maison de retraite ou encore du risque de transposition du sanitaire sur le médico-social. En outre, les agents des structures fusionnées pourraient être démotivés et se sentir isolés, n'ayant plus une représentativité en CTE qui leur permettent de s'exprimer. Le directeur pourrait alors être confronté à une crise majeure. Enfin, la fusion n'apporte pas nécessairement de réponse aux problèmes qui se posent dans le cadre de la direction commune. Ainsi, par exemple, les difficultés de coordination et de communication existent également dans un établissement de santé qui comprend à la fois des lits sanitaires et des EHPAD.

En 2001, l'ancien directeur a proposé une fusion entre le CH de Saint Jean d'Angély et la maison de retraite de Surgères. Il pensait que le changement de municipalité était un moment propice pour engager une véritable intégration. Cela a été un échec et a entraîné, au contraire, une méfiance du Conseil Municipal vis à vis du dispositif existant. Les élus ont, en effet, renforcé leur attention pour s'assurer que l'autonomie de EHPAD ne soit pas altérée. Les interlocuteurs ne manifestent donc aucune volonté de fusionner, le directeur actuel n'y est pas non plus favorable car il ne l'estime pas indispensable.

En définitive, c'est l'étude de chaque cas d'espèce qui permet de déterminer si la direction commune doit être maintenue ou si elle doit évoluer notamment vers une fusion. Mais il ne faut pas confondre les deux dispositifs. Il s'agit de deux véritables modes de

gestion distincts qui présentent chacun des avantages et des inconvénients. Ils ont des objectifs et des fonctionnements différents. De plus, la fusion, au contraire de la direction commune, est pratiquement définitive : elle n'est, en effet, que difficilement révisable ou dénonçable. À ce titre, outre la souplesse, la convention permet d'assurer une réactivité au contexte, aux circonstances ou aux difficultés.

La direction commune existant entre deux hôpitaux locaux et une maison de retraite dans le département voisin traduit également la pérennité et l'adaptabilité permise par le dispositif. Etablie en 2003, elle fonctionne même si des problématiques ponctuelles sont à solutionner. Si des objectifs sont identiques à ceux de mon lieu de stage tel le partage de l'équipe de direction, la mutualisation ou le renforcement de la dynamique de coopération inter-établissements, l'organisation est différente. Ainsi notamment, chaque directeur adjoint a la responsabilité d'un établissement et celui qui a la charge d'un des deux hôpitaux locaux y est localisé. Pour palier à la lourdeur des instances, le directeur laisse à ses adjoints la responsabilité des CTE. Le directeur de mon lieu de stage souhaite, quant à lui, être présent aux instances avec son équipe. Cela traduit, pour lui, une symbolique importante.

La direction commune ne peut perdurer que si des pré-requis sont respectés.

3.2.2 La direction commune, un montage viable sous certaines conditions

Pour être viable, une convention de direction commune ne doit être créée que si les établissements signataires en tirent des avantages. Plusieurs hypothèses de création peuvent être envisagées :

- Un établissement connaît des difficultés d'ordre économique, organisationnel ou conjoncturel. Il a besoin d'une structure plus solide pour repartir dans une dynamique positive et mener à bien ses projets.
- Des établissements de petite ou moyenne taille souhaitent pouvoir bénéficier de compétences qu'ils ne peuvent se payer seuls. Le regroupement entre eux ou avec un établissement de taille plus importante tel un CH permet d'avoir une expertise, une technicité. Par exemple, pourra être réalisé le recrutement mutualisé d'un ingénieur ou cadre technique pour les opérations de travaux ou d'un diététicien, d'un psychologue, d'un assistant social, postes difficiles à pourvoir lorsqu'ils ne sont pas à plein temps.
- Des établissements peuvent également se rapprocher dans le cadre d'une logique de filière de prise en charge pour assurer une coordination sur un territoire. À l'extrême, cela peut recouvrir l'hypothèse d'une coopération entre une maison de retraite et un hôpital de proximité confronté à des restructurations importantes qui le conduirait à s'orienter vers la gériatrie.

Pour assurer la réussite du montage, des conditions inéluctables doivent être remplies.

Concernant les personnalités, le directeur et son équipe doivent être convaincus de la viabilité et de la pérennité du montage. Le dispositif ne peut fonctionner si les établissements signataires sont perçus comme des structures annexes et non comme des entités juridiques distinctes et autonomes. Il est également nécessaire de veiller à ce qu'aucun établissement ne soit privilégié par rapport à un autre. C'est pourquoi il est difficile d'opérer une intégration réussie dans une équipe d'un directeur qui était auparavant le chef d'un des établissements. Si la volonté et l'implication du directeur sont primordiales, la présence d'un DESS, lorsque la direction commune regroupe des établissements sanitaires et médico-sociaux, est indispensable. C'est par son expertise et ses compétences que les établissements pourront entrer dans une dynamique de groupe tout en conservant leurs spécificités propres. Il a la charge de la représentativité de la direction et de communiquer autour des apports de la direction commune.

Les politiques ne doivent pas être opposés au montage. Une véritable adhésion est préférable car elle traduit une confiance dans le dispositif et dans l'équipe de direction commune, ce qui constitue un atout majeur pour amorcer des projets de coopération sur le long terme, particulièrement en matière de prise en charge. Le rôle des politiques est, ensuite, atténué. Si certains maires sont très impliqués dans la gestion de la maison de retraite communale, il leur est souvent délicat de proposer un retour en arrière du fait des difficultés pratiques du retour à une autonomie complète.

Le climat social doit être favorable, c'est-à-dire qu'il ne doit pas y avoir d'opposition trop violente dans l'un des établissements. L'adhésion n'est pas, pour autant, nécessaire. La direction commune peut être subie par les agents, mais il ne doit pas y avoir de blocage. Enfin, les tutelles doivent être favorables à la création du montage. Leurs missions de veille stratégique et de contrôle ainsi que leur rôle de partenaires des établissements sanitaires et médico-sociaux imposent qu'elles soient consultées en amont et informées des différentes phases de la procédure.

Les établissements signataires ne doivent pas géographiquement être trop éloignés. Le temps consacré aux trajets pour les directeurs, la difficulté de mettre en place une mobilité du personnel entre les sites, les pertes financières engendrées par une mutualisation des moyens logistiques constitueraient alors des inconvénients trop importants. Le nombre des structures concernées doit également être limité. La multiplication des instances, des budgets qui en découleraient rendrait le système inefficace. Je pense que même si la situation est variable en fonction de chaque cas d'espèce, il semble contre productif de regrouper sous cette forme plus de quatre établissements. En outre, un « système gagnant-gagnant » doit guider le dispositif tout au

long de son fonctionnement. Un établissement n'a pas à supporter les difficultés d'un autre et chacun doit pouvoir arguer des intérêts que lui procure la direction commune.

Le montage et plus particulièrement la convention doivent faire l'objet d'une réflexion bien en amont. C'est un souci de clarté et de transparence qui doit guider la négociation et la rédaction.

Les objectifs doivent être précisés dès le départ. Si l'aboutissement souhaité est la fusion ou le retour à une autonomie, cela doit être mentionné. Il est possible de ne prévoir qu'une mise en commun de l'équipe de direction, mais le montage n'a pas alors vocation à perdurer. Une coopération plus poussée est souhaitable et les axes choisis doivent être clairement définis.

Les aspects financiers ne doivent pas être occultés : devront être évoqués les coûts engendrés par la direction commune, les économies potentiellement réalisables, la nature des moyens qui seront mutualisés et les modalités de répartition, de facturation et de remboursement des charges financières.

La durée de la convention ne doit pas être trop longue pour permettre des ajustements et ne doit pas être trop courte pour laisser le temps aux projets d'émerger. Il me semble qu'une durée de cinq ou six ans est opportune pour donner une visibilité sur le fonctionnement du dispositif.

Enfin, la direction commune ne doit pas rester un montage figé. Les ajustements dans les relations financières entre les établissements ou dans les organisations doivent nécessairement faire l'objet d'avenants délibérés en CA. Cette transparence entre la direction et les politiques est une condition sine qua none de réussite du dispositif. Par ailleurs, la communication autour de ce procédé doit s'étendre aux personnels.

En définitive, la direction commune peut constituer un outil important pour le DESS. Bénéficier de compétences techniques, faciliter les recrutements, réaliser des économies, et simplement rompre avec l'isolement d'une chefferie d'établissement sont autant d'arguments en faveur de la mise en place d'un tel dispositif. L'adaptabilité à des fonctionnements différents, l'énergie à déployer pour faire travailler ensemble des structures distinctes sont des défis à relever qui traduisent la réalité, mais aussi tout l'intérêt du métier.

Conclusion

La direction commune est un mode de coopération en plein essor. Elle présente des avantages importants par rapport à d'autres types de montage tels la fusion ou le GCS. Ainsi, par exemple et pour l'essentiel, elle constitue un système souple et donc réactif aux évolutions tant réglementaires que circonstancielles et elle permet aux établissements de conserver leur autonomie et une culture propre liée à leur histoire et à leurs particularités. Pourtant, elle est aussi fragile du fait de sa nature contractuelle, même si l'interdépendance pouvant être créée entre les structures minorent cet aspect.

Si la direction commune n'est pas un système idéal, elle permet toutefois de créer, entre des établissements qu'ils soient sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, des rapprochements qui n'auraient pu naître pour des raisons politiques ou identitaires.

Sa conception est double. Soit elle constitue une réponse à une difficulté ponctuelle ou elle est conçue comme une étape vers une intégration, elle n'a pas alors vocation à durer. Soit elle est considérée et vécue par les acteurs, qu'ils soient politiques, directeurs ou autorités de tarification, comme un mode de gestion durable, son efficience passe alors pas la définition de projets communs dans un « système gagnant-gagnant ». C'est pourquoi l'exemple des établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge est particulièrement intéressant. Au delà des circonstances de départ qui ont conduit les établissements à entrer dans le dispositif, ils ont su profiter des possibilités offertes par le montage de direction commune pour mettre en place une mutualisation des moyens efficiente et pour amorcer une réflexion sur la coordination de la prise en charge des personnes âgées dans une logique de filière.

La pérennité de la direction commune suppose que soient mis en place des outils permettant d'établir des passerelles entre les structures et facilitant le fonctionnement de l'ensemble. Il peut s'agir de logiciels communs, de procédures harmonisées, de groupements d'achats ou de GCS pour la pharmacie, comme nous l'avons vu. Se pose alors la question de l'adéquation de l'utilisation d'outils identiques pour des structures dont les missions et la taille sont différentes. D'un système simple et souple, on peut aboutir à un système complexe. C'est le corollaire de toute coopération qui implique la définition du fonctionnement du groupe au delà des individualités et dans l'intérêt de tous.

Bibliographie

OUVRAGES

HOUDART L., LAROSE D., BARRE S., 2000, mise à jour du 31 décembre 2002, *Traité de la coopération hospitalière*, Paris : Houdart, 384 p.

ARTICLES DE PÉRIODIQUE

ARCHAGA JP., DAUBOS JM., février 1997, « Les actions de coopération interhospitalière », *Gestions hospitalières*, pp.102-104.

DOGUE M., BÉDIER P., VITTOT P., Novembre/Décembre 1999, « Fusion d'établissements et formation, l'exemple du CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye », *Revue Hospitalière de France*, n°6, pp 69-72.

BARRE-HOUDART S. et LAROSE D., Juillet/Août 2006, « Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale ou l'art de la maturation », *Revue Hospitalière de France*, n°511, pp 42-47.

DURIBREUX M., Juillet/Août 2006, «Un groupement ad hoc pour coopérer », *Directions*, n°32, pp 32-33.

DE LARD B., Août/Septembre 2006, « Le groupement de coopération sociale et médico-sociale, ballon d'oxygène ou ballon de baudruche ? », *Gestions hospitalières*, pp 470-474.

VULLIARD I., 2003, « Mutualisation des moyens, tout le monde y gagne ! », *Parents et gestionnaires*, n°143, pp 12-17.

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Ordonnance n°67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique [en ligne]. Journal officiel, 28 septembre 1967. [Mise à jour du 31 décembre 2003], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Ajour?nor=&num=67821&ind=1&laPage=1&demande=ajour>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière [en ligne]. Journal officiel, 3 janvier 1971. [Visité le 5 août 2007], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=247024&indice=1&table=LEX_SIMPLE_A_V90&ligneDeb=1

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE LA PRIVATISATION. Loi n°87-571 du 23 juillet 1987 relative au développement du mécénat [en ligne]. Journal officiel, 24 juillet 1987. [Mise à jour du 24 mars 2006], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Ajour?nor=ECOX8700093L&num=87571&ind=1&laPage=1&demande=ajour>

MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°88-1034 du 07 novembre 1988 relatif aux groupements d'intérêts public constitués dans le domaine de l'action sanitaire et sociale [en ligne]. Journal officiel, 11 novembre 1988. [Mise à jour du 10 mai 2005], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Ajour?nor=SPSA8801306D&num=88-1034&ind=1&laPage=1&demande=ajour>

MINISTÈRE DÉLÉGUÉ A LA SANTÉ. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière [en ligne]. Journal officiel, 2 août 1991. [Mise à jour du 19 janvier 1994], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Ajour?nor=SPSX9000155L&num=91-748&ind=1&laPage=1&demande=ajour>

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée [en ligne]. Journal officiel, 25 avril 1996. [Mise à jour du 22 juin 2000], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Ajour?nor=TASX9600043R&num=96346&ind=1&laPage=1&demande=ajour>

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal officiel, n°98 du 27 avril 1999. [Visité le 5 août 2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=666026&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal officiel, 11 janvier 1986. [Mise à jour du 06 mars 2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Ajour?nor=&num=8633&ind=2&laPage=1&demande=ajour>

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Décret n°2001-1343 du 28 décembre 2001 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux de la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal officiel, 30 décembre 2001. [Mise à jour du 05 mai 2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Ajour?nor=MESH0124291D&num=2001-1343&ind=1&laPage=1&demande=ajour>

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel, 3 janvier 2002. [Visité le 5 août 2007], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Ajour?nor=MESX0000158L&num=2002-2&ind=1&laPage=1&demande=ajour>

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne]. Journal officiel, 5 mars 2002. [Mise à jour du 27 août 2005], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Ajour?nor=MESX0100092L&num=2002303&ind=1&laPage=1&demande=ajour>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES. Ordonnance du 04 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation [en ligne]. Journal officiel, 6 septembre 2003. [Mise à jour du 10 décembre 2004], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Ajour?nor=SANX0300081R&num=%202003850&ind=1&laPage=1&demande=ajour>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en oeuvre en cas de crise sanitaire ou climatique et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal officiel, n°159 du 9 juillet 2005. [Visité le 5 août 2007], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=732917&indice=2&table=JORF&ligneDeb=1>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n°2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal officiel, 5 août 2005. [Visité le 5 août 2007], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Ajour?nor=SANH0522476D&num=2005920&ind=1&laPage=1&demande=ajour>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n°2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1°, 2° et 3°) de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal officiel, 5 août 2005. [Mise à jour du 5 mai 2007], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Ajour?nor=SANH0522477D&num=2005921&ind=1&laPage=1&demande=ajour>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n°2005-932 du 2 août 2005 relatif au régime indemnitaire des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1°, 2° et 3°) de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal officiel, 5 août 2005. [Visité le 5 août 2007], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Ajour?nor=SANH0522491D&num=2005932&ind=1&laPage=1&demande=ajour>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n°2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopération sanitaires et modifiant le code de santé publique (dispositions réglementaires) [en ligne]. Journal officiel, 29 décembre 2005. [Visité le 5 août 2007], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Ajour?nor=SANH0524562D&num=2005-1681&ind=1&laPage=1&demande=ajour>

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques [en ligne]. Texte non paru au journal officiel. [Visité le 5 août 2007], disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=2343&p=12&r=37>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Circulaire de campagne budgétaire pour l'année 2007 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées gériatriques [en ligne]. Texte non paru au journal officiel. [Visité le 5 août 2007], disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=2347&p=12&r=87>

MEMOIRES

TOURNEUR S., 2001, « La coopération inter établissements dans le champ sanitaire et social : dynamique et enjeux », mémoire DESS : École Nationale de la Santé Publique, 77 p.

TRIBOULET A., 2003, « Stratégie d'intégration entre un hôpital local et une maison de retraite, mise en œuvre par la démarche qualité », mémoire DESS : École Nationale de la Santé Publique, 74 p.

LES CODES

Code de la santé publique
Nouveau code des marchés publics

AUTRES

Projet de décret portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, version du 29 mai 2007. Disponible sur Internet : http://www.snch.fr/fileadmin/fichiers_redacteurs/pdf/Textes_reglementaires/Textes_statutaires/DECRET_STATUT_PARTICULIER_DESS_DESMS_AVRIL2007_01.pdf

BALTAZARD L., HUMBERT B., KHIARI A., LADA T., LEGUAY-PORTADA C., MUTEBA N., 2004/2005, "Le groupement de coopération sanitaire", note juridique D3S, École Nationale de la Santé Publique, 12 p.

Liste des annexes

Annexe 1 :..... I

Liste des entretiens réalisés

Annexe 2 :..... III

La convention de direction commune entre le Centre Hospitalier
de Saint Jean d'Angély et la Maison de Retraite de Surgères de 2003

Annexe 3 :..... VII

Avenant n°2 à la convention de direction commune entre le Centre
Hospitalier de Saint Jean d'Angély et la Maison de Retraite de Surgères de 2005

Annexe 4 :..... IX

La convention de direction commune entre le Centre Hospitalier
de Saint Jean d'Angély et la Maison de Retraite Départementale de Matha de 2007

Annexe 5 :..... XV

La convention de direction commune entre le Centre Hospitalier
de Saint Jean d'Angély et la Maison de Retraite de Saint Savinien de 2007

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés

L'équipe de direction des établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge	
M. Jazon	Directeur
M. Blanchet	Directeur adjoint chargé des ressources humaines
M. Desmay	Directeur adjoint chargé des finances et du système d'information
Mme Paquier	DESS chargée de la gériatrie et du secteur médico-social
M. Studer	Directeur adjoint chargé des services économiques et de la qualité
M. Michaud	Directeur des soins
M. Jaud	Ingénieur
Les anciens directeurs de la direction commune	
M. Michel	Directeur du centre hospitalier de Niort et ancien directeur des établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge
M. Schmidt	Directeur du centre hospitalier d'Angoulême et ancien directeur des établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge
Les présidents de Conseils d'Administration	
M. Beix	Président du Conseil d'Administration du centre hospitalier de Saint Jean d'Angély
Mme Roucher	Adjointe au Maire de Surgères et membre du Conseil d'Administration de la maison de retraite de Surgères
M. Roustit	Président du Conseil d'Administration de la maison de retraite départementale de Matha
Des cadres et agents des établissements de Matha, Surgères et Saint Jean d'Angély	
Mme Daneau	Attaché d'Administration Hospitalière de la maison de retraite de Surgères
Mme Magny	Cadre de santé de la maison de retraite de Surgères
Mmes Martins et Rault	Représentantes du personnel de la maison de retraite de Surgères
M. Krakaris	Agent chargé des affaires sociales sur les trois établissements
M. Grandet	Cadre de santé de la maison de retraite de Matha
Mme Petit	Ancienne responsable administrative du site de Matha
Les tutelles	
Mme Thinevez	Direction de la Solidarité Départementale, Conseil Général de Charente Maritime
M. Delors	IPASS à la DDASS de Charente Maritime
Les directeurs d'autres directions communes	
M. Morrit	Directeur de la direction commune entre les hôpitaux locaux de Saint Maixent l'École et Melle et la maison de retraite de La Mothe Saint Héray
Mme Larzat	Directrice adjointe de la direction commune entre les hôpitaux locaux de Saint Maixent l'École et Melle et la maison de retraite de La Mothe Saint Héray
Mme Cals	Directrice du centre hospitalier de Jonzac

Annexe 2 : La convention de direction commune entre le Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély et la Maison de Retraite de Surgères de 2003

**ETABLISSEMENTS DES VALS D'AUNIS ET DE SAINTONGE
CONVENTION DE DIRECTION COMMUNE**

ENTRE

LE CENTRE HOSPITALIER GENERAL DE SAINT-JEAN-D'ANGELY, Etablissement Public de Santé communal,

Représenté par Monsieur Roland BEIX, Député honoraire, Conseiller Général, Conseiller Régional, Président du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier Général de Saint-Jean-d'Angély,

Vu la délibération du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier Général de Saint-Jean-d'Angély du 26 juin 2003,

ET

LA MAISON DE RETRAITE DE SURGERES, Etablissement Public Communal hébergeant des personnes âgées dépendantes,

Représenté par Monsieur Philippe GUILLOTEAU, Maire de Surgères, Président du Conseil d'Administration de la Maison de Retraite,

Vu la délibération du Conseil d'Administration de la Maison de Retraite de Surgères du 9 juillet 2003,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Préambule :

Le Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély et la Maison de Retraite de Surgères sont liés depuis le 11 septembre 1995 par une convention de direction commune renouvelée tacitement ou explicitement par période biennale en 1997, 1999 et 2001.

Cette coopération a été évaluée à plusieurs reprises afin de mesurer la réalisation des objectifs et les points à améliorer. Cette coopération a notamment contribué à la réhabilitation de l'Etablissement, à la définition du Projet d'établissement et à la continuité des fonctions managériales.

Forts de cette expérience et à partir de l'évaluation réalisée, les deux Etablissements désirent poursuivre et améliorer leur collaboration selon les dispositions suivantes :

Article 1 : OBJET DE LA CONVENTION

L'Equipe de direction est commune aux deux Etablissements. Le Directeur du Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély est le Chef d'établissement des deux entités. Le Directeur est nommé par le Ministre, après avis des Présidents des Conseils d'Administration concernés.

Il organise l'Equipe de direction en déléguant ses attributions conformément à la Loi du 31 juillet 1991 de telle sorte :

1 - Qu'un Responsable de site soit nommé à temps plein. Il s'agira d'un Attaché d'administration hospitalier ou d'un Chef de bureau (catégorie A) nommé par mutation, détachement, concours ou contrat. Sur la durée de l'application de la présente convention en lien avec la procédure de conventionnement tripartite et dans le respect de l'équilibre et de l'organisation des établissements en direction commune, il sera étudié la possibilité que le Responsable du site à temps plein de la Maison de Retraite de Surgères, évolue vers le grade et la qualification de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social.

Le Chef d'Etablissement informe et présente au Président du Conseil d'Administration le Responsable du site avant sa nomination.

Le Responsable du site bénéficie d'une délégation de pouvoir lui permettant d'assurer la bonne conduite quotidienne de l'Etablissement.

2 - Que le Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social de l'équipe de direction commune assure la coordination des secteurs médico-sociaux des établissements en direction commune et apporte l'expertise et l'appui nécessaires en matière médico-sociale.

A compter du 1^{er} septembre 2003, le Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social interviendra selon les besoins sur le site de Surgères en lien avec le responsable de site. Par la connaissance acquise du site et ses compétences, il facilitera la transition entre l'actuel responsable du site dont le départ en retraite est probable en juillet 2004 et son successeur.

Le Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social établira un bilan de la situation en avril 2004 dans un rapport qui sera présenté au Conseil d'Administration.

A compter de l'arrivée du nouveau responsable de site, le Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social assurera un suivi à raison de 3 à 4 demi journées hebdomadaires.

3 - Qu'un Cadre de santé soit nommé à temps plein sur le site de Surgères en y assurant le pilotage des Soins Infirmiers en lien avec le Médecin coordonnateur.

4 - Que les Directions fonctionnelles assurent l'organisation des fonctions financières, de gestion des ressources humaines, des travaux et des services économiques en associant les Responsables de sites ci-dessus désignés. Les opérations de facturation aux résidents, de vérification des factures et de mandatement sont réalisées sur le site de Surgères.

5 - Que le Chef d'Etablissement organise la continuité de la fonction de direction 365 jours par an 24 h sur 24.

6 - Que l'Equipe de direction informe régulièrement le Conseil d'Administration de la marche de l'établissement.

Article 2 : ORGANIGRAMME DE L'EQUIPE DE DIRECTION

L'organigramme de l'équipe de direction commune aux deux sites signataires et à l'établissement de Matha est composé comme suit :

- Directeur Hôpital 1^{ère} classe : 1
- Directeur Etablissement Sanitaire et Social : 1
- Directeur Adjoint de 2^{ème} classe : 2
- Directeur Adjoint de 3^{ème} classe : 1
- Ingénieur Services Techniques : 1

Le pilotage de la Maison de Retraite de Surgères associe le Médecin coordonnateur, le Cadre infirmier et le Responsable administratif.

Article 3: STATUT DES ETABLISSEMENTS ET DU PERSONNEL

Les Etablissements signataires restent autonomes.

Il appartient au Directeur et à l'Equipe de direction de mettre en œuvre les délibérations arrêtées par les Conseils d'Administration des Etablissements signataires dans leur domaine de compétences et dans le respect de l'autonomie de chacun d'entre eux.

Plus particulièrement, les personnels sont nommés sur un Etablissement unique où ils exercent leur activité.

Ils ne peuvent être mutés ou mis à disposition d'un autre Etablissement signataire que sur leur demande ou après leur consentement écrit.

Les agents bénéficient du plan de formation élaboré conjointement pour les Etablissements signataires. Il comprend la réponse aux besoins spécifiques du site.

Article 4 : LES MISSIONS

Les missions assignées à l'Equipe de direction en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur, le cadre de santé et le responsable de site sont celles prévues par la réglementation relative au fonctionnement des Etablissements Publics médico-sociaux et aux Etablissements Publics de Santé.

Plus particulièrement, les missions suivantes sont soulignées dans le cadre de la présente convention de direction commune:

- Préparation, négociation et mise en œuvre du Projet d'établissement et de la convention tripartite. Toute modification du Projet est soumise au Conseil d'Administration. Un suivi de son exécution est présenté à chaque séance.
- Mise en œuvre d'une politique d'évaluation et d'amélioration de la qualité de la prestation servie aux résidents.
- Renforcement de la coopération dans le cadre de réseaux gérontologiques et avec les associations existantes.
- Optimisation de l'organisation et des coûts de gestion financière, humaine et logistique.
- Mise en œuvre de la Loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

Article 5: EVALUATION

La présente convention est évaluée annuellement à partir d'un chapitre spécifique du rapport annuel présenté aux Conseils d'Administration des Etablissements associés en direction commune.

Une réunion annuelle des Présidents des Conseils d'Administration signataires ou de leurs représentants est organisée dans ce cadre.

Ce chapitre fait plus particulièrement apparaître:

- Le bilan de fonctionnement de la Direction commune prévu aux articles 1, 2 et 3 de la présente convention.
- L'évaluation des missions de direction commune prévues à l'article 4.
- L'équilibre financier des prestations réalisées entre les Etablissements et de leur remboursement. Les charges facturées sont ajustées à la réalité des dépenses réelles prenant en compte le temps réellement consacré à l'Etablissement de Surgères, le coût de la rémunération et les autres dépenses engagées.

Article 6:

La présente convention prend effet à compter du 11 septembre 2003 pour une période de 6 ans.

Elle peut cependant être dénoncée par chacun des Conseils d'Administration après un délai de préavis de 6 mois en cas de circonstances exceptionnelles résultant:

- D'une inobservation patente d'une disposition de la présente convention après mise en demeure écrite non suivie d'effet.
- D'une modification de la réglementation relative à l'organisation ou au fonctionnement des Etablissements Publics Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes ou des Etablissements Publics de Santé de nature à bouleverser l'économie de la présente convention.
- De la modification de la nature d'un des Etablissements signataires.

Elle annule et remplace la précédente convention du 11 septembre 1995.

Le Président
du Conseil d'Administration
du Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély,
Roland BEIX.

Le Président
du Conseil d'Administration
de la Maison de Retraite de Surgères,
Philippe GUILLOTEAU

**Annexe 3 : Avenant n°2 à la convention de direction commune
entre le Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély et la Maison
de Retraite de Surgères de 2005**

**ETABLISSEMENTS DES VALS D'AUNIS ET DE SAINTONGE
AVENANT N° 2
A LA CONVENTION DE DIRECTION COMMUNE**

ENTRE

LE CENTRE HOSPITALIER GENERAL DE SAINT-JEAN-D'ANGELY, Etablissement Public de Santé communal,

Représenté par Monsieur Roland BEIX, Député honoraire, Conseiller Général, Président du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély,

Vu la délibération du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély du 5 mai 2006,

ET

LA MAISON DE RETRAITE DE SURGERES, Etablissement Public Communal hébergeant des personnes âgées dépendantes,

Représenté par Monsieur Philippe GUILLOTEAU, Maire de Surgères, Conseiller Général, Président du Conseil d'Administration de la Maison de Retraite,

Vu la délibération du Conseil d'Administration de la Maison de Retraite de Surgères du 3 mai 2006,

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Le tableau annexé à la convention et précisant les bases de facturation des dépenses engagées par le Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély pour le compte de la Maison de Retraite de Surgères est modifié comme suit.

Cet avenant prend effet au 1^{er} janvier 2006.

Fait à Saint-Jean-d'Angély en deux exemplaires.

Le Président
du Conseil d'Administration
du Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély,
Roland BEIX.

Le Président
du Conseil d'Administration
de la Maison de Retraite Surgères,
Philippe GUILLOTEAU

ANNEXE de la convention

SERVICE	GRADE	POURCENTAGE TRAITEMENT REMBOURSE PAR SURGERES
DIRECTION	Directeur Général	5
	D.R.H.	5
	Dir. Serv. Financiers	10
	Dir. Serv. Economiques	5
	D.E.S.S.	25
SERVICES FINANCIERS	Attaché	8
	Adjoint Administratif	13
	Informaticien	4
D.R.H.	Attaché	8
	Adjoint Administratif	36
SERVICES TECHNIQUES	Ingénieur	5
	Assistante + Adjoint technique	7 + 7 = 14
	Sécurité incendie	9
	Maître ouvrier électricien	3
	Pharmacien	16
PHARMACIE	Préparateur	50
	Assistant Socio-Educatif ou Adjoint Administratif	25
ASSISTANCE AUX DEMARCHES SOCIALES		25
CONVENTION D'ENTRETIEN DU CHAUFFAGE		Actualisation chaque année sur les bases prédéfinies

**Annexe 4 : La convention de direction commune entre le Centre
Hospitalier de Saint Jean d'Angély et la Maison de Retraite
Départementale de Matha de 2007**

**ETABLISSEMENTS DES VALS D'AUNIS ET DE SAINTONGE
CONVENTION DE DIRECTION COMMUNE**

ENTRE :

LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-JEAN-D'ANGELY, Etablissement Public de Santé,

Représenté par Monsieur Roland BEIX, Député honoraire, Conseiller Général, Président du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély ;

ET :

LA MAISON DE RETRAITE DEPARTEMENTALE DE MATHA, Etablissement Public Départemental, chargé de la gestion d'un E.H.P.A.D. et d'un Foyer pour Adultes Handicapés ;

Représentée par Monsieur Jean-Marie ROUSTIT, Vice-Président du Conseil Général, Président du Conseil d'Administration de la Maison de Retraite Départementale de Matha par délégation de Monsieur le Président du Conseil Général ;

VU le Code de la Santé Publique et le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU la loi n° 86-33 du 09 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

VU le décret n° 2005-921 du 02 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction ;

VU le décret n° 2005-920 du 02 août 2005 portant dispositions relatives à la direction de certains établissements et notamment les dispositions concernant la gestion par une direction commune ;

VU la délibération du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély en date du 22 mars 2007 ;

VU la délibération du Conseil d'Administration de la Maison de Retraite Départementale de Matha en date du 16 janvier 2007 ;

IL EST CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIIT :

Préambule :

Le Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély et la Maison de Retraite Départementale de Matha sont liés depuis le 23 septembre 1995 par une convention de direction commune renouvelée tacitement par période biennale depuis lors.

Cette coopération a été évaluée de manière régulière et a notamment contribué à la réhabilitation de l'établissement, à la définition du projet d'établissement et à la continuité des fonctions administratives, techniques et logistiques.

Forts de cette expérience, les deux établissements désirent poursuivre et approfondir leur collaboration selon les dispositions qui suivent.

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention, qui prolonge celle signée le 23 septembre 1995, a pour objet d'instituer une direction commune entre les deux établissements signataires, compte tenu de leur proximité géographique, avec pour objectifs principaux de :

- 1) Contribuer à la mise en place du réseau gérontologique de proximité.*
- 2) Renforcer la dynamique de coopération entre établissements publics.*
- 3) Mettre en commun et optimiser des moyens administratifs, logistiques et techniques.*

Article 2 : Equipe de direction commune

L'équipe de direction est commune aux deux établissements signataires, ainsi qu'à la Maison de Retraite de Surgères, qui a signé une convention similaire avec le Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély.

Le Directeur du Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély assure également la fonction de Chef d'établissement pour la Maison de Retraite Départementale de Matha.

Il est nommé par le Ministre chargé de la Santé, après avis conjoint des Présidents des Conseils d'Administration des établissements liés par convention de direction commune.

Le Chef d'établissement organise la continuité de la fonction de direction 365 jours par an et 24 h sur 24.

Le Chef d'établissement peut déléguer ses attributions aux membres de l'équipe de direction conformément aux dispositions réglementaires.

L'équipe de direction commune aux deux établissements signataires et à la Maison de Retraite de Surgères est constituée ainsi qu'il suit :

- Un Directeur Chef d'établissement,*
- Trois Directeurs Adjoints,*
- Un Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social,*
- Un Directeur des Soins,*
- Un Ingénieur responsable des services techniques.*

Le Directeur d'Établissement Sanitaire et Social, membre de l'équipe de direction, assure la coordination des secteurs médico-sociaux des établissements liés par convention de direction commune.

A ce titre et par délégation du Chef d'établissement, il assure la coordination générale du site de Matha et le lien avec les directions fonctionnelles chargées des fonctions de gestion financière, des ressources humaines, des services économiques et techniques.

Le Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social organise son activité de telle sorte qu'il assure un suivi du site de Matha à raison de 3 à 4 demi-journées hebdomadaires, en lien étroit avec les médecins coordonnateurs et les personnels d'encadrement du site.

Article 3 : Statut des établissements signataires

Le statut des deux établissements signataires n'est pas modifié par la présente convention : chacun des établissements reste autonome sur le plan juridique.

Le Directeur et l'équipe de direction sont chargés de mettre en œuvre les délibérations arrêtées par les Conseils d'Administration de chacun des établissements signataires dans leur domaine de compétences et dans le respect de l'autonomie de chacun d'entre eux.

Le Directeur et l'équipe de direction exercent l'ensemble des missions prévues par la réglementation relative au fonctionnement des établissements publics de santé et médico-sociaux.

Ils assurent l'information régulière des Conseils d'Administration sur la mise en œuvre de leurs délibérations et sur la marche des établissements.

Les personnels sont nommés dans un établissement unique où ils exercent leur activité. Ils ne peuvent faire l'objet d'une mutation ou d'une mise à disposition dans un autre établissement signataire qu'avec leur consentement.

Article 4 : Répartition des charges financières

La répartition des charges financières liées à la mise en commun des moyens administratifs, logistiques et techniques ou aux prestations réalisées entre les établissements signataires se réalise selon les modalités suivantes.

Le Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély facture à la Maison de Retraite Départementale de Matha, selon une périodicité trimestrielle, les dépenses engagées au titre des prestations effectuées pour le compte de cette dernière, sur les bases détaillées dans le tableau annexé au présent avenant :

- Facturation d'une fraction des traitements et charges des personnels contribuant aux fonctions mises en commun.*
- Facturation par unité d'œuvre pour la fourniture des prestations logistiques.*

Si nécessaire, en cas d'écart entre les bases prévues dans le tableau annexé et la réalité des prestations fournies, un réajustement de facturation se fait en fin d'année.

Toute autre dépense à caractère exceptionnel engagée par un établissement pour le compte de l'autre fait l'objet d'une facturation ponctuelle en temps opportun.

Article 5 : Evaluation et durée de la convention

La présente convention fait l'objet d'une évaluation annuelle, portant sur le bilan de fonctionnement de la direction commune et sur la répartition des charges financières entre les établissements signataires.

La présente convention prend effet à compter du 1^{er} janvier 2007 pour une période de cinq ans.

A l'issue de cette période, elle est renouvelable par tacite reconduction pour des périodes de trois ans, sauf si elle est dénoncée par délibération de l'un des Conseils d'Administration, au moins six mois avant l'échéance considérée.

Au cours de sa période d'effet, la convention peut être également dénoncée par l'une des parties, dans les mêmes formes que celles prévues à l'alinéa précédent, en cas de circonstances exceptionnelles résultant :

- *D'une inobservation manifeste des dispositions conventionnelles, après mise en demeure restée sans effet.*
- *D'une modification substantielle du statut d'un établissement signataire ou de la réglementation applicable, de nature à bouleverser l'économie générale de la convention.*

La présente convention annule et remplace la précédente convention signée le 23 septembre 1995.

Fait à Saint-Jean-d'Angély,
Le 22 mars 2007

Le Président
du Conseil d'Administration
du Centre Hospitalier
de Saint-Jean-d'Angély,

Roland BEIX.

Fait à Matha,
Le

Le Président
du Conseil d'Administration
de la Maison de Retraite Départementale
de Matha,

Jean-Marie ROUSTIT.

ANNEXE de la convention

PRESTATION	FONCTION	FRACTION DES TRAITEMENTS ET CHARGES A LA CHARGE DE MATHA
DIRECTION	Directeur D.E.S.S.	5 35
SERVICES ECONOMIQUES ET FINANCIERS	Dir. Services financiers Dir. Services économiques Adjoint Administratif	10 5 Un agent de Matha exerce son activité sur le site de St Jean
GESTION DU PERSONNEL	D.R.H. Adjoint Administratif	5 80
SERVICES TECHNIQUES	Ingénieur Technicien supérieur Sécurité incendie Ouvrier Professionnel	7 15 9 9
PHARMACIE	Pharmacien	40
INFORMATIQUE	Technicien	5
APPROVISIONNEMENT	Magasinier	6
DÉMARCHES SOCIALES	Assistant Social ou Adjoint Administratif	25
RESTAURATION ET LINGERIE		Facturation sur la base du prix de revient de l'unité d'oeuvre (déduction faite du coût des agents de Matha affectés à la restauration)

**Annexe 5 : La convention de direction commune entre le Centre
Hospitalier de Saint Jean d'Angély et la Maison de Retraite de
Saint Savinien de 2007**

**ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DES VALS D'AUNIS ET DE SAINTONGE
CONVENTION DE DIRECTION COMMUNE**

ENTRE :

LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-JEAN-D'ANGELY, Etablissement Public de Santé,
*Représenté par Monsieur Roland BEIX, Député honoraire, Conseiller Général, Président
du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély ;*

ET :

LA MAISON DE RETRAITE DE SAINT-SAVINIEN-SUR-CHARENTE, Etablissement Public
Communal Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.

*Représentée par Monsieur Jean-Pierre BENEYTOU, Maire de Saint-Savinien-Sur-
Charente, Président du Conseil d'Administration de la Maison de Retraite de Saint-
Savinien ;*

VU le Code de la Santé Publique et le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU la loi n° 86-33 du 09 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à
la fonction publique hospitalière ;

VU le décret n° 2005-921 du 02 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois
des personnels de direction ;

VU le décret n° 2005-920 du 02 août 2005 portant dispositions relatives à la direction de
certains établissements et notamment les dispositions concernant la gestion par une
direction commune ;

VU la délibération du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Saint-Jean-
d'Angély en date du 29 juin 2007;

VU la délibération du Conseil d'Administration de la Maison de Retraite de Saint-Savinien-
Sur-Charente en date du 26 juin 2007 ;

IL EST CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIT :

Préambule :

*Le Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély a conclu en 1995 deux conventions de
direction commune avec les Maisons de Retraite de Matha et de Surgères, constituant
ainsi les « Etablissements Hospitaliers des Vals d'Aunis et de Saintonge ».*

*La présente convention a pour vocation d'élargir cette direction commune à la Maison de
Retraite de Saint-Savinien-Sur-Charente, qui intègre ainsi les « Etablissements
Hospitaliers des Vals d'Aunis et de Saintonge » aux côtés des trois autres établissements.*

Précision :

Le Conseil d'Administration de la Maison de Retraite de Saint-Savinien-Sur-Charente a approuvé, par délibération du 26 juin 2007, la fusion avec le Foyer-Logement situé dans la même ville, avec effet au 1^{er} janvier 2008 ; les deux parties conviennent que le champ de la présente convention s'étendra alors de fait à cette structure.

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet d'instituer une direction commune entre les deux établissements signataires, compte tenu de leur proximité géographique, avec pour objectifs principaux de :

- 4) Contribuer à la mise en place d'un réseau gérontologique de proximité.*
- 5) Renforcer la dynamique de coopération entre établissements publics.*
- 6) Mettre en commun et optimiser des moyens administratifs, logistiques et techniques.*

Article 2 : Equipe de direction commune

L'équipe de direction est commune aux deux établissements signataires, ainsi qu'aux Maisons de Retraite de Matha et de Surgères, qui ont signé des conventions similaires avec le Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély.

Le Directeur du Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély assure également la fonction de Chef d'établissement pour la Maison de Retraite de Saint-Savinien-Sur-Charente.

Il est nommé par le Ministre chargé de la Santé, après avis conjoint des Présidents des Conseils d'Administration des établissements liés par convention de direction commune.

Le Chef d'établissement organise la continuité de la fonction de direction 365 jours par an et 24 h sur 24.

Le Chef d'établissement peut déléguer ses attributions aux membres de l'équipe de direction conformément aux dispositions réglementaires.

L'équipe de direction commune aux deux établissements signataires et aux Maisons de Retraite de Matha et de Surgères est constituée ainsi qu'il suit :

- Un Directeur Chef d'établissement,*
- Trois Directeurs Adjoints,*
- Deux Directeurs d'Etablissement Sanitaire et Social,*
- Un Directeur des Soins,*
- Un Ingénieur responsable des services techniques.*

L'un des deux postes de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social est issu de l'intégration dans l'équipe de direction commune de l'ancien poste de Directeur de la Maison de Retraite de Saint-Savinien-Sur-Charente.

Les deux Directeurs d'Etablissement Sanitaire et Social sont chargés d'assurer la coordination des secteurs médico-sociaux des établissements liés par convention de direction commune.

L'un d'entre eux est désigné par le Chef d'établissement pour exercer la supervision de la Maison de Retraite de Saint-Savinien-Sur-Charente.

A ce titre et par délégation du Chef d'établissement, il assure la coordination générale du site de Saint-Savinien et le lien avec les directions centrales chargées des fonctions de gestion financière, des ressources humaines, des services économiques et techniques.

Le D.E.S.S. délégué à la Maison de Retraite de Saint-Savinien-Sur-Charente assure un suivi du site de Saint-Savinien à raison de 7 à 8 demi-journées hebdomadaires.

Article 3 : Statut des établissements signataires

Le statut des deux établissements signataires n'est pas modifié par la présente convention : chacun des établissements reste autonome sur le plan juridique.

Le Directeur et l'équipe de direction sont chargés de mettre en œuvre les délibérations arrêtées par les Conseils d'Administration de chacun des établissements signataires dans leur domaine de compétences et dans le respect de l'autonomie de chacun d'entre eux.

Le Directeur et l'équipe de direction exercent l'ensemble des missions prévues par la réglementation relative au fonctionnement des établissements publics de santé et médico-sociaux.

Ils assurent l'information régulière des Conseils d'Administration sur la mise en œuvre de leurs délibérations et sur la marche des établissements.

Les personnels sont nommés dans un établissement unique où ils exercent leur activité. Ils ne peuvent faire l'objet d'une mutation ou d'une mise à disposition dans un autre établissement signataire qu'avec leur consentement.

Article 4 : Répartition des charges financières

La répartition des charges financières liées à la mise en commun des moyens administratifs, logistiques et techniques ou aux prestations réalisées entre les établissements signataires se réalise selon les modalités suivantes.

Le Centre Hospitalier de Saint-Jean-d'Angély facture à la Maison de Retraite de Saint-Savinien-Sur-Charente, selon une périodicité trimestrielle, les dépenses engagées au titre des prestations effectuées pour le compte de cette dernière, sur la base d'une fraction des traitements et charges des personnels contribuant aux fonctions administratives mises en commun.

FONCTION	FRACTION A LA CHARGE DE LA MAISON DE RETRAITE DE SAINT-SAVINIEN
<i>Directeur</i>	<i>5 %</i>
<i>D.E.S.S.</i>	<i>75 %</i>
<i>Services financiers</i>	<i>10 % (moyenne Directeur Adjoint et Attachée)</i>
<i>Services techniques</i>	<i>10 % (moyenne Ingénieur et Technicien supérieur)</i>

Si nécessaire, en cas d'écart entre les bases prévues dans ce tableau et la réalité des prestations fournies, un réajustement de facturation se fait en fin d'année.

Toute autre dépense à caractère exceptionnel engagée par un établissement pour le compte de l'autre fait l'objet d'une facturation ponctuelle en temps opportun.

Article 5 : Evaluation et durée de la convention

La présente convention fait l'objet d'une évaluation régulière, portant sur le bilan de fonctionnement de la direction commune et sur la répartition des charges financières entre les établissements signataires.

La présente convention prend effet à compter du 1^{er} septembre 2007 pour une période de trois ans.

A l'issue de cette période, elle est renouvelable par tacite reconduction pour des périodes de six ans, sauf si elle est dénoncée par délibération de l'un des Conseils d'Administration, au moins six mois avant l'échéance considérée.

Au cours de sa période d'effet, la convention peut être également dénoncée par l'une des parties, dans les mêmes formes que celles prévues à l'alinéa précédent, en cas de circonstances exceptionnelles résultant :

- D'une inobservation manifeste des dispositions conventionnelles, après mise en demeure restée sans effet.*
- D'une modification substantielle du statut d'un établissement signataire ou de la réglementation applicable, de nature à bouleverser l'économie générale de la convention.*

Fait à Saint-Jean-d'Angély,
Le

Le Président
du Conseil d'Administration
du Centre Hospitalier
de Saint-Jean-d'Angély,
Roland BEIX.

Fait à Saint-Savinien,
Le

Le Président
du Conseil d'Administration
de la Maison de Retraite de
Saint-Savinien-Sur-Charente,
Jean-Pierre BENEYTOUT.