



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

---

**Le directeur des soins au sein d'une  
direction commune : quelle plus-value  
pour la qualité des prises en charge ?**

---

**Sylvie LATOUCHE**

---

# Remerciements

---

Nous souhaitons vivement remercier toutes les personnes qui ont accepté de participer à notre enquête de terrain, directeurs des soins, directeurs d'hôpital et présidents de la commission médicale d'établissement, pour le temps non compté, qu'ils nous ont accordé et la richesse des échanges.

Nos remerciements les plus sincères vont également à Madame Marie-Aline BLOCH et Monsieur Michel LOUAZEL, enseignants de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), Madame Anne-Marie LUSTEAU, notre tuteur de positionnement et nos deux référents mémoire, Monsieur Jean-Claude VALLEE et Monsieur Arnold MAGDELAINE, pour leur disponibilité et leurs conseils avisés. Ils nous ont éclairé, guidé, encouragé, durant tout ce cheminement.

Que soient également remerciés Monsieur Jean-René LEDOYEN et Madame Nelly LEVIEUX pour leur écoute sans faille et leur soutien tout au long de notre formation.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 La direction commune, un outil au service d'une coopération coordonnée .....	5
1.1 L'évolution réglementaire des outils de coopération .....	5
1.2 Des acteurs clefs dans un environnement complexe .....	6
1.2.1 Des acteurs clefs de la coopération .....	6
1.2.2 La complexité de l'environnement.....	7
1.3 Les coopérations entre établissements.....	9
1.3.1 Les différentes formes de coopération.....	9
1.3.2 Les multiples raisons de coopérer .....	10
1.4 La direction commune, un modèle souple de coopération .....	11
1.4.1 Le cadre réglementaire.....	11
1.4.2 Les modalités de mise en œuvre.....	12
1.4.3 Les directions communes aujourd'hui.....	13
1.4.4 Les intérêts de la direction commune .....	14
1.5 La nécessité de coordonner les acteurs.....	15
1.5.1 L'intérêt de la coordination.....	15
1.5.2 Une évolution lente mais certaine .....	16
1.5.3 Les acteurs de la coordination .....	18
2 Les directeurs des soins au sein d'une direction commune : un atout au service de l'utilisateur? .....	19
2.1 La méthodologie de recherche.....	19
2.1.1 L'outil sélectionné .....	19
2.1.2 La population ciblée.....	19
2.1.3 Les limites de l'enquête .....	20
2.2 L'analyse des résultats de la recherche .....	21
2.2.1 Présentation générale des établissements en direction commune .....	21
2.2.2 Un modèle souple de coopération certes, mais des contraintes organisationnelles.....	22
2.2.3 La connaissance mutuelle, un enjeu pour les directeurs des soins.....	24
2.2.4 La mutualisation des compétences pour une offre de soins de qualité .....	26
2.2.5 Les outils partagés au sein de la direction commune .....	29
2.2.6 La complémentarité au service de la qualité des prises en charge .....	31
2.2.7 Les particularités de la fonction de directeur des soins au sein d'une direction commune.....	35

3	Le directeur des soins au sein d'une direction commune .....	39
3.1	Se positionner .....	39
3.1.1	Les caractéristiques du territoire concerné et les éléments de planification	39
3.1.2	La place du directeur des soins.....	40
3.2	Décloisonner .....	42
3.2.1	Les personnes ressources, vecteurs naturels de lien entre les structures...	42
3.2.2	Des outils au service du décloisonnement .....	44
3.3	Communiquer.....	47
3.3.1	Favoriser la communication au sein de la direction commune .....	47
3.3.2	Communiquer avec les acteurs sur l'ensemble du territoire .....	49
	Conclusion.....	53
	Sources et bibliographie .....	55
	Liste des annexes .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CH : Centre Hospitalier

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition

CLIC : Comité Local d'Information et de Coordination

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales et associées aux soins

CLUD : Comité de LUTte contre la Douleur

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNG : Centre National de Gestion

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CS : Cadre de Santé

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CSS : Cadre Supérieur de Santé

DESSMS : Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DLU : Dossier de Liaison d'Urgence

DMP : Dossier Médical Personnel

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DRH : Direction des Ressources Humaines

DS : Directeur des Soins

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FMESPP : Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés

FMIH : Fédération Médicale Inter-Hospitalière

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire  
GDR : Gestion Des Risques  
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire  
GIE : Groupement d'Intérêt Economique  
GIP : Groupement d'Intérêt Public  
HAD : Hospitalisation A Domicile  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires  
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat  
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
IPAQSS : Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins  
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer  
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie  
PRS : Projet Régional de Santé  
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale  
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
SNS : Stratégie Nationale de Santé  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
T2A : Tarification A l'Activité

## Introduction

Depuis toujours, les établissements publics de santé se sont adaptés aux évolutions de leur environnement. Les progrès techniques, les attentes et besoins nouveaux des patients, les contraintes financières, les nouveaux modes de financement, la démographie des professionnels de santé et la nécessité d'améliorer l'accès de tous, à des soins de qualité, les orientent vers des organisations nouvelles. Ce processus de restructurations évolue en permanence et les coopérations représentent un enjeu majeur dans cette réorganisation de l'offre de soins.

Ainsi, la politique hospitalière a été marquée au cours des dernières années par une augmentation des recompositions, soutenues par des outils réglementaires. Certes la loi du 21 juillet 2009<sup>1</sup>, en poursuivant l'objectif ambitieux de décloisonner l'action des acteurs des champs sanitaire et médico-social, a supprimé certains supports à la coopération mais a créé de nouvelles modalités de coopérations territoriales. La stratégie nationale de santé (SNS) lancée par le gouvernement en 2013<sup>2</sup> marque encore la volonté de rénover notre système de santé. Aujourd'hui, l'amélioration de la prise en charge de l'utilisateur passe par la détermination de véritables parcours de santé afin de proposer une prise en charge globale, structurée et continue des patients au plus près de leur lieu de vie, associant étroitement les établissements hospitaliers, les soins de ville et les structures médico-sociales. Parce que « *le talent de chacun fait la force de tous* »<sup>3</sup>, échanges d'informations, mutualisation, coopérations et décloisonnement caractérisent l'offre de soins en France<sup>4</sup>.

L'ANAP<sup>5</sup> propose de regrouper les différentes coopérations autour de quatre grands thèmes : les coopérations médicales et paramédicales, celles qui touchent les fonctions logistiques ou techniques, les coopérations qui concernent les plateaux techniques ou les fonctions médicotechniques, et enfin, celles sur les fonctions de direction.

Notre expérience professionnelle antérieure, en qualité de cadre supérieur de santé (CSS), adjointe au coordonnateur général des activités de soins, nous a permis de vivre et de participer à la fusion entre deux centres hospitaliers (CH), dont un multi-sites. Nos compétences managériales se sont enrichies en particulier dans le domaine de la communication, nécessaire pour instaurer un climat de confiance, de l'accompagnement de l'encadrement dans la mise en place d'outils communs, de la mutualisation des

---

<sup>1</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)

<sup>2</sup> SNS lancée par le Premier Ministre Jean-Marc AYRAULT à Grenoble le 8 février 2013, feuille de route présentée par Madame Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé le 23 septembre 2013, 30 p.

<sup>3</sup> Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), Guide méthodologique des coopérations territoriales, p.3

<sup>4</sup> Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Rapport d'activité de l'année 2013, p.41

<sup>5</sup> ANAP, Guide méthodologique des coopérations territoriales, fiche repère n°2

compétences et des moyens. Ces deux établissements disposaient des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR), de long séjour et d'hébergement. Avant notre entrée à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), le directeur général de ce même centre hospitalier issu de cette fusion a signé une convention de direction commune avec un troisième établissement sanitaire distant de plus de cent kilomètres. Cet établissement de santé offrait une activité de MCO mais aussi un grand secteur de psychiatrie. Son équipe de direction ne comprenait pas de directeur des soins (DS). Il s'agissait alors pour le coordonnateur des activités de soins d'organiser également la direction des soins dans cette nouvelle structure. C'est pourquoi, parmi les différents modes de coopération qui recomposent aujourd'hui l'offre hospitalière, la convention de direction commune a retenu toute notre attention.

Avant toute recherche, nous avons souhaité vérifier que les directions communes étaient fréquentes. C'est dans cet objectif que nous avons sollicité par mail l'ensemble des élèves directeurs des soins de notre promotion. La question était de savoir s'ils avaient déjà rencontré cette situation particulière au cours de leur exercice ou lors du premier stage de notre formation. Nous avons obtenu 32 réponses positives sur 47 élèves directeurs des soins, soit 68%. Sur les 32 directions communes évoquées, pour 25 d'entre elles le DS exerce seul, dans 4 autres, il y a deux DS et dans les 3 dernières, il n'y a aucun DS. Il est à noter que certains établissements comprennent plusieurs sites. Enfin, nous avons noté les distances qui séparaient les différentes structures concernées et calculé le temps nécessaire pour réaliser un trajet celui-ci tenant compte de la zone géographique, montagneuse par exemple. Le temps de trajet peut durer de vingt minutes à une heure trente. La moyenne calculée est de trente minutes, soit une heure aller et retour.

Ces premiers éléments recueillis, certes très restreints, confirment cependant, que la situation rencontrée n'est pas un cas isolé. Ainsi, le recensement réalisé par les agences régionales de santé (ARS) pour alimenter le rapport de la DGOS<sup>6</sup> au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière, dénombre au 30 juin 2012, 225 directions communes impliquant des établissements publics de santé. Depuis le début des années 80, le nombre de directions communes a fortement augmenté car elles impliquent aujourd'hui 41% des établissements publics de santé. Il s'agit tout autant de directions communes mises en place entre plusieurs établissements sanitaires publics (107), qu'entre structures sanitaires et médico-sociales publiques (118).

---

<sup>6</sup> DGOS, rapport 2012 au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière, p. 43

Nous avons réalisé trois premiers entretiens auprès de DS exerçant en direction commune et plusieurs axes de travail se sont déclinés. Le premier concerne le mode d'organisation du DS au sein d'une direction commune. S'il est seul au sein de la direction commune, il participe alors aux différentes instances des établissements, aux comités de direction et anime les réunions régulières avec l'encadrement. Le DS peut voir, ainsi, son implication dans ces rencontres professionnelles, multipliée par le nombre de structures concernées, qui sont parfois éloignées géographiquement. Certes, ces préoccupations font partie intégrante du management, mais sont fonction du nombre d'établissements impliqués dans la direction commune, de leur éloignement géographique et du nombre de DS exerçant au sein de cette direction. Par ailleurs, ces premiers entretiens ont soulevé d'autres questions, en lien avec le management à distance et la délégation. Cette seconde piste de travail a fait écho à l'organisation mise en œuvre lors de l'exercice d'un DS dans un établissement multi-sites, organisation expérimentée dans mes précédentes fonctions. Cependant, centrer la réflexion autour du patient et de la qualité du service rendu nous a semblé être une orientation plus enrichissante, n'ayant pas, dans notre exercice antérieur, approfondi la question. Nous avons donc choisi cet axe de travail afin de développer nos connaissances et répondre à cette question centrale :

L'organisation de la santé en France reste très segmentée avec des approches par différents secteurs, la prévention, les prises en charge ambulatoires, hospitalières ou médico-sociales, ce qui ne favorise pas une prise en charge globale de la personne. L'hôpital est donc amené à s'ouvrir sur l'extérieur, vers la médecine de ville mais aussi les structures médico-sociales. Le DS exerçant en direction commune, peut-il développer des stratégies d'ouverture et de coopération avec les établissements signataires afin d'améliorer la qualité des prises en charge ?

Les questions secondaires s'articulent autour des thématiques suivantes :

Existe-t-il des opportunités, liées à l'existence de la direction commune, que le DS peut saisir pour optimiser la qualité et la sécurité des soins? Sont-elles liées à l'existence de la direction commune ou d'une CHT ?

Quelles sont les particularités du management déployé par le DS pour la construction et la mise en œuvre de la politique de soins de chaque établissement dans le respect de leur propre identité ?

L'existence d'une direction commune favorise-t-elle les échanges et la complémentarité entre les établissements impliqués ?

Le DS peut-il optimiser la coordination des prises en charge ?

La direction commune peut-elle être un levier pour le DS dans la consolidation de parcours coordonnés en lien avec les besoins de la population ?

La direction commune limite-t-elle les ruptures ou les redondances dans le parcours de soins de l'utilisateur ?

Quels sont les contraintes et les atouts pour le DS, dans son exercice, au sein de l'équipe de direction commune ?

Afin d'éclairer ce questionnement, nous avons souhaité réaliser des entretiens semi-directifs pour étayer l'approche théorique. Cette technique d'exploration qualitative permettra non seulement de préciser et d'approfondir nos connaissances, mais également de comparer les réponses obtenues aux apports théoriques. Il nous paraît donc nécessaire de recueillir des données à travers la réalisation d'entretiens auprès de DS exerçant au sein d'une direction commune mais aussi auprès des directeurs d'hôpital et présidents de commission médicale d'établissement (CME). La méthodologie de recherche fera l'objet d'une présentation plus précise<sup>7</sup>. Enfin, nous avons saisi l'opportunité de nous inscrire dans une démarche proposée par EHESP Conseil. L'objectif fixé était la construction du projet médico-social de quatre CH et quatre établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) liés par une convention de direction commune. Cette mission partagée avec un élève directeur d'hôpital et un élève directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (DESSMS) est venue étayer notre réflexion.

Pour structurer ce travail, nous avons choisi, d'une part, de présenter les différents outils de coopération, avec un focus particulier sur les conventions de direction commune, et d'autre part, de préciser l'importance de la coordination dans le parcours de l'utilisateur. Dans un second temps, nous nous attacherons à analyser les propos recueillis et les mettre en lien avec notre questionnement et les apports théoriques. Enfin, la dernière partie, nous permettra de proposer des préconisations à destination des DS exerçant en direction commune.

---

<sup>7</sup> Cf partie 2-1, La méthodologie de recherche, pp 19-20

# 1 La direction commune, un outil au service d'une coopération coordonnée

## 1.1 L'évolution réglementaire des outils de coopération

Les premières formes de coopération hospitalière instaurées par la loi du 31 décembre 1970<sup>8</sup>, telles que les syndicats inter-hospitaliers ou les groupements hospitaliers, n'ont fait qu'évoluer avec le temps. A travers l'instauration de la carte sanitaire, cette loi, exclusivement sanitaire, pose les premiers objectifs de rationalisation du système hospitalier et d'accessibilité aux soins<sup>9</sup> en lien avec la nécessaire réorganisation de l'offre de soins. La loi du 31 juillet 1991<sup>10</sup> relance la coopération inter-hospitalière et introduit les conventions de coopération, les groupements d'intérêt économique (GIE) et les groupements d'intérêt public (GIP). La mise en place des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) offre un nouveau cadre pour les dispositifs de coopération. Elle met fin aux groupements inter-hospitaliers et fait apparaître les réseaux de soins. La première mention de la transformation d'établissements publics de santé par fusion a été introduite dans le code de la santé publique en 1992<sup>11</sup>. L'ordonnance Juppé<sup>12</sup> du 24 avril 1996 statue sur les groupements de coopération sanitaire (GCS) et les communautés d'établissements. La loi du 4 mars 2002<sup>13</sup> a ouvert aux GCS la possibilité de détenir des autorisations d'activités de soins. A partir de 2005, les GCS sont ouverts aux médecins libéraux et sont reconnus comme pouvant constituer le cadre juridique d'un réseau de santé<sup>14</sup>. Le 21 juillet 2009, la loi HPST, intitulé son chapitre III, du titre 1er, « Favoriser les coopérations entre les établissements de santé ». Cette loi place les actions de coopération au cœur des politiques publiques et vise à mieux répondre aux besoins de santé de la population, à réduire les inégalités d'accès aux soins, à garantir la qualité et la sécurité des soins et à maîtriser les dépenses<sup>15</sup>. La loi HPST renforce ainsi certains outils et en crée de nouveaux : les communautés hospitalières de territoire (CHT), réservées au secteur public et dont la forme intégrative<sup>16</sup> a été écartée, et les GCS-Etablissement de santé. Les cliniques ouvertes, les syndicats inter-hospitaliers et les communautés d'établissements de santé disparaissent. L'objectif affiché cible le

<sup>8</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

<sup>9</sup> Revue de droit sanitaire et social n°4/2013, p.687

<sup>10</sup> Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>11</sup> Décret n° 92-272 du 26 mars 1992 relatif aux missions, à l'organisation et aux personnels des établissements publics de santé, art. 2

<sup>12</sup> Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>13</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>14</sup> Revue hospitalière de France, n°530, p.16

<sup>15</sup> Revue française de gestion, vol 30, n°150, 2004, pp 29-53

<sup>16</sup> Proposée initialement dans le rapport LARCHER G., avril 2008, Les missions de l'hôpital

dépassement des logiques de concurrence entre les différents secteurs, le public et le privé, l'hôpital et la ville, le sanitaire et le médico-social. Ainsi, jusqu'au 31 décembre 2012, certains projets de coopération entre établissements de santé (GCS et CHT) seront soutenus financièrement par des crédits fléchés du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)<sup>17</sup> ou par des crédits d'aide à la contractualisation<sup>18</sup>. Par ailleurs, la création d'un Ministère unique en 2012 « des affaires sociales et de la santé », témoigne de la volonté des pouvoirs publics d'articuler les différentes politiques.

La SNS présente de nouvelles orientations afin d'améliorer la qualité des prises en charge sanitaires et médico-sociales dans un contexte de ressources toujours limitées. « *L'organisation des soins doit être décloisonnée articulant les interventions des professionnels, services et établissements sanitaires et médico-sociaux, d'un territoire donné, autour de parcours dans lesquels le patient est lui-même acteur de sa santé et de sa prise en charge* ». Il semble essentiel d' « *adapter le système de santé aux besoins des patients ainsi qu'aux lentes mais profondes mutations qui sont à l'œuvre...vieillesse de la population, développement des maladies chroniques...* ». Le patient et le médecin généraliste sont positionnés au cœur de la SNS.

Les orientations de la future loi de santé<sup>19</sup>, issue des travaux de la SNS, comprennent une mesure visant à rendre obligatoires les coopérations entre les hôpitaux dans le cadre de la création de groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui remplacerait les CHT « *afin de conduire les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge partagée* »<sup>20</sup>. Un service territorial de santé au public est envisagé afin de proposer une réponse de proximité, organisée à partir des besoins des usagers et une meilleure coordination entre les acteurs<sup>21</sup>.

## **1.2 Des acteurs clefs dans un environnement complexe**

### **1.2.1 Des acteurs clefs de la coopération**

La loi HPST a conforté la notion de territoire de santé et a affirmé l'indispensable articulation entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en instaurant le projet régional de santé (PRS)<sup>22</sup>. Ce dernier définit les objectifs pluriannuels de l'ARS, à atteindre, tant au niveau de la médecine de ville, du sanitaire que du médico-social. Il est composé d'un plan stratégique régional de santé, des trois outils de déclinaison

---

<sup>17</sup> Loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, art. 40

<sup>18</sup> Code de la sécurité sociale, art. L. 162-22-13,

<sup>19</sup> Projet de Loi en santé présenté le 19 juin 2014 par Madame la Ministre Marisol TOURAINE

<sup>20</sup> Dépêche Agence de Presse Médicale (APM), Paris, le 21 août 2014

<sup>21</sup> DGOS, Rapport d'activité de l'année 2013, p. 77

<sup>22</sup> Code de la santé publique, art. L.1434-7

opérationnelle du PRS, à savoir le schéma régional de prévention, le SROS et le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) et de programmes spécifiques, la télémédecine par exemple.

Par le biais du PRS, et essentiellement à travers le SROS le Directeur général de l'ARS détermine les grandes orientations de la coopération hospitalière de la région. Il peut influencer la stratégie des établissements de santé en leur imposant la mise en œuvre d'actions de coopération, telles une convention de coopération ou de CHT, la création d'un GCS ou GIP, ou encore la fusion d'établissements de santé. Il dispose d'un pouvoir coercitif important, certes peu utilisé, via la contractualisation<sup>23</sup> et la procédure de délivrance des autorisations<sup>24</sup>, les dotations budgétaires ou encore les nominations<sup>25</sup>. L'ARS étant directement responsable de la politique des restructurations hospitalières en région, elle a un rôle essentiel à jouer dans la préparation, l'accompagnement et le suivi des coopérations mises en œuvre. Comme le SROS III, le SROS-PRS a pour objectif de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin qu'elles répondent aux besoins de la population. Un objectif supplémentaire a été assigné, par la loi HPST, au SROS-PRS relatif à l'amélioration de l'efficacité du système régional de santé. Il vise donc la poursuite des restructurations de l'offre de soins dans un objectif de qualité et de sécurité des soins.

Les élus locaux sont également des acteurs essentiels dans la construction d'une coopération. Présidents des conseils de surveillance ou d'administration dans bon nombre d'établissements publics, ils sont très attentifs au maintien du maillage territorial, d'une offre de soins de proximité et d'emplois sur le territoire. Leur implication est donc essentielle dès le début de l'élaboration du projet de coopération afin de maintenir la confiance et de faciliter la communication entre la ville et les institutions.

### **1.2.2 La complexité de l'environnement**

La mise en place de la réforme de la tarification à l'activité (T2A) à partir de 2004, le SROS de 3ème génération en 2006, dans lequel un objectif de recherche d'efficacité a été assigné aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) avec l'accent mis sur l'activité des établissements, la complémentarité avec la médecine de ville, l'accessibilité des soins ainsi que leur qualité et sécurité, signent la nécessaire maîtrise des coûts et recherche d'efficacité.

La révision générale des politiques publiques, mise en œuvre en 2007 et remplacée en 2012 par la modernisation de l'action publique, a permis de s'interroger sur la pertinence

---

<sup>23</sup> Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Fusions et regroupements hospitaliers, pp. 115-117

<sup>24</sup> ANAP, Guide méthodologique des coopérations territoriales, p.58

<sup>25</sup> IGAS, Fusions et regroupements hospitaliers, p. 55

des politiques publiques. Elle s'est déclinée dans le domaine de la santé par la loi HPST. La création des ARS en 2010, dont l'objectif de recomposition hospitalière s'est élargi à celui de recomposition de l'offre de soins, englobant les secteurs ambulatoire et médico-social, a mis en place un pilote régional unique pour la médecine de ville, l'hôpital, le médico-social et la santé publique. Les dépenses en santé doivent être contenues tout en privilégiant la qualité et la sécurité des soins. La certification des établissements sanitaires par la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>26</sup> et l'évaluation externe des structures médico-sociales par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM)<sup>27</sup> structurent les actions en vue de l'amélioration du service rendu.

Tous ces faits marquants ont vu se développer les opérations de regroupement ou de coopération. Ainsi, entre 2007 et 2013, le nombre d'établissements publics de santé a diminué de 6%, la capacité en lits d'hospitalisation de 8%. Le nombre de places a, quant à lui, augmenté de 15%<sup>28</sup> grâce au développement de l'ambulatoire notamment en psychiatrie et en chirurgie.

Les progrès médicaux et l'allongement de la durée de vie ont pour corollaire le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et des incapacités qu'ils entraînent. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies chroniques sont responsables de 63% des décès et constituent la toute première cause de décès dans le monde. Les personnes de plus de 60 ans sont à l'origine de 45% des dépenses du régime de santé et représentent les deux tiers des affections de longue durée alors qu'ils ne constituent pour le moment que 20% de la population<sup>29</sup>. En 2050, un français sur trois aura plus de 60 ans<sup>30</sup>, contre un sur cinq en 2005. Les plus de 80 ans représenteront 11% de la population contre 2,6% aujourd'hui<sup>31</sup>. La démographie médicale n'échappe pas au vieillissement de la population. En 2006, 60% des médecins avaient, entre 45 et 60 ans et plus. Les projections à l'horizon 2030 sont pessimistes concernant certains territoires. Le nombre de médecins exerçant en zone rurale diminuerait de 25,1%<sup>32</sup> ce qui risque d'amplifier les inégalités territoriales existantes. D'autre part, certains établissements de santé rencontrent des difficultés pour le recrutement de certaines spécialités médicales. Le recours à l'intérim devient

---

<sup>26</sup> Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

<sup>27</sup> Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

<sup>28</sup> Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), Le panorama des établissements de santé, édition 2013, p. 76

<sup>29</sup> <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip139.pdf>

<sup>30</sup> Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), Situations démographiques et projections de population 2005-2050

<sup>31</sup> Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), Promouvoir la continuité des parcours de vie, p. 10

<sup>32</sup> DREES, La démographie médicale à l'horizon 2030

nécessaire pour assurer la permanence des soins. Son coût est en moyenne trois fois supérieur ce qui pèse alors lourdement sur le budget de l'hôpital<sup>33</sup>.

Les établissements de santé s'attachent à s'adapter aux évolutions de leur environnement, qu'elles soient médicales, démographiques, juridiques, économiques ou liées à l'évolution des besoins et des attentes des usagers. Les restructurations engagées se poursuivent et renvoient à l'effort d'une entreprise pour s'adapter à l'évolution du contexte, par la modification de son organisation, de ses procédures ou de ses activités<sup>34</sup>. Certes, des restructurations internes sont à engager dans un premier temps : facturation déficiente, codage non exhaustif, utilisation non optimale des plateaux techniques, sous-production de certains services... Certaines coopérations deviennent ensuite nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des prises en charge.

## **1.3 Les coopérations entre établissements**

### **1.3.1 Les différentes formes de coopération**

Une coopération peut être définie comme un processus selon lequel les individus participent à une œuvre commune, y concourent. Elle s'entend à la fois sur le volet des échanges d'idées et sur celui des échanges matériels<sup>35</sup>. Elle peut donc revêtir des formes différentes allant de l'action d'agir conjointement, à l'association, la mutualisation, l'externalisation ou la centralisation. Les principaux outils juridiques de coopération entre les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, sont utilisés dans les domaines sanitaire et médico-social. Ils peuvent prendre la forme d'une coopération dite fonctionnelle (ou conventionnelle) qui ne dispose donc pas de la personnalité morale, comme les conventions de coopération, les fédérations médicales inter-hospitalières et les CHT (réservées aux établissements publics) ou encore les réseaux de santé. Les coopérations organiques créent une structure elle-même dotée de la personnalité morale et sont, quant à elles, largement utilisées entre les établissements publics et les établissements privés, tels les GIP, les GIE et les GCS.

Il est à noter qu'au 30 juin 2012, 97% des GCS sont des GCS de moyens et concernent 87% des établissements de santé publics ou privés. En moyenne, un établissement public participe à un ou deux GCS. A cette date, il existe 491 GCS, soit une hausse de 40% en deux ans<sup>36</sup>. Par ailleurs, 23% des établissements publics sont impliqués dans une CHT qui sont au nombre de 76 en 2014.

L'utilisation de l'outil le plus adapté est alors recherchée selon l'objectif de la coopération.

---

<sup>33</sup> [www.lequotidiendumedecin.fr](http://www.lequotidiendumedecin.fr), le 17 décembre 2013

<sup>34</sup> IGAS, Fusions et regroupements hospitaliers, p. 30

<sup>35</sup> ANAP, Guide méthodologique des coopérations territoriales, p. 5

<sup>36</sup> DGOS, Rapport 2012 au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière, p. 43

### 1.3.2 Les multiples raisons de coopérer

L'ANAP regroupe les projets de coopération en trois grandes catégories<sup>37</sup> :

- « *les coopérations-filières* » touchent l'organisation des soins dans un objectif de prise en charge coordonnée, de patients atteints d'une pathologie particulière, ou d'une population spécifique. Les filières de soins gériatriques par exemple, doivent permettre une prise en charge globale et continue sans rupture de parcours, ni perte de chance. Ainsi, elles intègrent les CH de proximité en amont et en aval des plateaux techniques et sont « *très fortement maillées avec les professionnels libéraux et les établissements sociaux et médico-sociaux* »<sup>38</sup>. Elles peuvent permettre également de mettre à disposition des EHPAD, un temps médical de gériatre pour la fonction de médecin coordinateur. Plus généralement, les filières créent la complémentarité entre les acteurs du système de santé qui travaillent ensemble, partagent des informations et des compétences afin de proposer une prise en charge globale au patient.
  
- « *les coopérations-efficience* » ont pour objectif la mutualisation de moyens ou la nécessité d'atteindre un seuil critique, financier ou technique<sup>39</sup>. Ainsi, la recherche d'économie d'échelle (les coûts unitaires de fonctionnement des fonctions logistiques et achats par exemple diminuent avec l'augmentation de la production) ou la mise en œuvre de textes réglementaires, notamment pour l'application des seuils d'activité (réforme de la biologie médicale par exemple), imposent certaines coopérations.
  
- « *les coopérations-isolement* » sont développées pour assurer la permanence des soins, érigée en mission de service publique avec la loi HPST. Si les moyens se raréfient, les coopérations entre tous les acteurs du territoire, publics et privés, sont nécessaires. Par ailleurs, ces coopérations permettent également l'amélioration des conditions de travail<sup>40</sup> par le partage des astreintes par exemple. Certaines coopérations répondent aux besoins des territoires dont la densité médicale est faible<sup>41</sup>, afin d'assurer l'accessibilité et la qualité des soins au plus grand nombre et parfois améliorer l'attractivité des établissements pour le corps médical<sup>42</sup>.

---

<sup>37</sup> ANAP, Guide méthodologique des coopérations territoriales, p. 21

<sup>38</sup> Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

<sup>39</sup> ANAP, Guide méthodologique des coopérations territoriales, p. 54

<sup>40</sup> IGAS, Fusions et regroupements hospitaliers, annexe n°4, p. 107

<sup>41</sup> Observatoire national de la démographie des professions de santé 2006-2007, rapport annuel

<sup>42</sup> IGAS, Fusions et regroupements hospitaliers, annexe n°5, p. 137

Quant aux directions communes, le rapport de la DGOS au Parlement<sup>43</sup> précise que la signature d'une convention de direction commune s'apparente davantage à un regroupement qu'à une coopération comme les CHT ou les GCS. D'ailleurs, dans la littérature, il est fréquent que la présentation des outils juridiques de coopération entre établissements de santé n'inclue pas les conventions de direction commune, non considérées comme un outil de coopération au sens strict. Nous allons donc préciser les caractéristiques de cette convention particulière.

## **1.4 La direction commune, un modèle souple de coopération**

### **1.4.1 Le cadre réglementaire**

La CHT-établissement public proposée par le rapport Larcher nécessitait une intégration de nombreuses fonctions des structures concernées : équipe de direction commune, programmes d'investissement, stratégie médicale, gestion des médecins et des cadres, systèmes d'information, fonctions logistiques support, politique de qualité et gestion des risques (GDR), certification, gestion des comptes<sup>44</sup>. Cette proposition n'a pas été retenue dans le projet de loi HPST lors de la discussion parlementaire. Cependant, des directions communes ont vu le jour comme moyen de coopération entre deux ou plusieurs établissements publics sanitaires, médico-sociaux ou sociaux. Elles sont régies par l'article 11 de la loi HPST qui permet au directeur général de l'ARS de demander à deux ou plusieurs établissements hospitaliers publics autonomes de conclure une convention de direction commune : *« Le représentant de l'état ou le directeur général de l'ARS peut demander à deux ou plusieurs établissements autonomes relevant de sa compétence exclusive ou conjointe mentionnés aux 3è, 5è et 6è de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ... de conclure une convention de direction commune lorsque ces établissements n'ont pas préalablement, et à leur initiative, sollicité ce type de coopération. Cette demande qui vise à mieux répondre aux besoins de la population et à garantir la qualité de la prise en charge des personnes qu'ils accueillent, doit être motivée. Elle comprend l'avis du président du conseil général concerné lorsque la demande porte sur un établissement relevant d'une compétence conjointe. Les assemblées délibérantes des établissements concernés rendent alors un avis motivé sur cette demande dans un délai de trois mois.»* Le décret du 2 août 2005<sup>45</sup> modifié, prévoyait déjà la possibilité que plusieurs établissements publics de santé soient gérés par une équipe de direction commune.

---

<sup>43</sup> DGOS, rapport 2012 au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière, sommaire

<sup>44</sup> IGAS, Fusions et regroupements hospitaliers, p. 145

<sup>45</sup> 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 de la loi du 9 janvier 1986, art. 1<sup>er</sup>, 29 et 30

## 1.4.2 Les modalités de mise en œuvre

Il existe des directions communes « intra-sanitaires », entre établissements publics de santé, et des directions communes « mixtes », entre établissements sanitaires publics et structures médico-sociales publiques. Une convention est établie entre ces établissements et adoptée par les délibérations identiques des conseils d'administration et/ou de surveillance de chaque établissement. Un organigramme de l'équipe de direction commune est transmis à l'ARS qui émet un avis sur la nomination des directeurs. Tous les directeurs des structures concernées ne sont pas automatiquement nommés dans l'équipe de direction commune. En effet, la direction commune se traduit par la nomination d'un directeur unique pour les établissements concernés et par la fusion totale ou partielle de leurs équipes de direction. Il est à noter que le directeur général de l'ARS dispose d'un pouvoir incitatif fort, également pour la mise en place d'une direction commune concernant les maisons de retraite publiques, établissements publics ou à caractère public pour mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés ou encore de centres hospitaliers spécialisés<sup>46</sup>. Cependant, il est difficile pour le directeur général de l'ARS d'imposer une direction commune ou une fusion si la situation financière est équilibrée<sup>47</sup>, mais il peut contraindre à souscrire à une convention de coopération ou à créer une structure de coopération. Les établissements en direction commune gardent leur indépendance juridique et financière. Ainsi, il s'agit de personnes morales de droit public distinctes, avec une entité juridique séparée, qui sont dirigées par un unique directeur d'établissement, voire une équipe de direction commune. Le mode de financement (T2A, dotation globale et convention tripartite) peut donc varier d'une structure à l'autre ce qui ne facilite pas le décloisonnement des différents secteurs. La SNS précise d'ailleurs qu'il est nécessaire de « *réformer les modalités d'organisation et de financement pour rendre effectives la transversalité et la mise en place de parcours...le maintien de systèmes de financement cloisonnés, répondant à leurs logiques propres...n'est pas compatible...avec une approche globale de la santé...* »<sup>48</sup>. Fondée sur une convention, la direction commune est soumise au droit des contrats. Ainsi, du fait de la règle civiliste du parallélisme des formes, elle peut être dénoncée à tout moment par l'une des parties dans les mêmes conditions. Lorsqu'une direction commune concerne plus de deux établissements et que l'un d'eux la dénonce, les autres établissements doivent signer une nouvelle convention s'ils souhaitent maintenir ce mode de gouvernance entre eux. La dénonciation d'une direction commune entraîne donc parfois la création d'une nouvelle direction commune, distincte de par son changement de composition. Il s'agit donc d'un mode de coopération souple. Le Centre National de Gestion (CNG) créé en 2007, a, parmi ses missions, le soutien et l'évolution des établissements sanitaires, sociaux et

<sup>46</sup> Code de l'action sociale et des familles, art. L.313-24-2

<sup>47</sup> IGAS, Fusions et regroupements hospitaliers, p. 154

<sup>48</sup> SNS, feuille de route, 23 septembre 2013, p. 15

médico-sociaux, notamment dans le cadre des directions communes. Enfin, des conditions de rémunération spécifiques sont prévues pour les personnels de direction. Les directeurs d'hôpital et les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social perçoivent une indemnité forfaitaire mensuelle, cumulable avec la prime de fonction et de résultat<sup>49</sup>. Les directeurs des soins qui exercent seuls leurs fonctions sur plusieurs établissements en direction commune voient leur coefficient de la prime, part fonction, augmenter de +0,2 point.

### 1.4.3 Les directions communes aujourd'hui

Entre le 31 décembre 2004 et le 30 juin 2012, le nombre de directions communes a été multiplié par cinq en passant de 41 à 225. En moyenne, 41% des établissements publics de santé sont impliqués dans une direction commune et, parmi eux, 61% le sont avec une structure médico-sociale<sup>50</sup>.

La grande majorité (76%) des conventions de direction commune est signée entre deux établissements. Le nombre maximum d'établissements impliqués s'élève à cinq pour les directions communes intra-sanitaires et à huit pour les directions communes mixtes<sup>51</sup>.

Il est à noter que 70% des conventions de direction commune impliquent un établissement de petite taille, souvent un établissement sanitaire et social ou de long séjour (45% des cas), qui décide de partager sa direction avec un autre établissement du même type ou avec un établissement plus important (un CH)<sup>52</sup>. Les conventions de direction commune semblent être destinées à se développer notamment en faveur des petites structures souvent situées en milieu rural afin de favoriser la complémentarité et de structurer l'offre de soins dans un environnement contraint.

Pour les établissements qui la décident, ou pour les ARS qui la suscitent, en cas de vacance d'un emploi de directeur, la direction commune est l'outil de préférence pour partager la gouvernance de deux établissements. C'est un instrument qui engage peu et d'une grande souplesse puisqu'il préserve l'indépendance juridique des deux structures et ne nécessite qu'une convention dénonçable à tout moment<sup>53</sup>. La direction commune est mise en œuvre comme mode de gestion pérenne ou comme étape préalable à une opération de fusion. Les données disponibles ne permettent pas de déterminer le nombre de directions communes ayant débouché sur une fusion<sup>54</sup>. Cependant, nous avons relevé que 12% des établissements publics de santé résultent d'une fusion. Elles sont au

<sup>49</sup> CNG, fiche de procédure, La direction commune, [http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/procedure\\_direction\\_commune.pdf](http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/procedure_direction_commune.pdf)

<sup>50</sup> DGOS, Rapport 2012 au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière, p. 43

<sup>51</sup> *Ibid*, p.43

<sup>52</sup> Cf annexe n°1, p. II

<sup>53</sup> IGAS, Fusions et regroupements hospitaliers, p. 223

<sup>54</sup> IGAS, Fusions et regroupements hospitaliers, p. 268

nombre de 116 en 2012, dont 15 réalisées entre un établissement de santé public et un EHPAD<sup>55</sup>.

La convention de direction commune, reste, en première intention, un rapprochement entre établissements publics de santé et structures médico-sociales publiques par le partage d'un directeur unique. La coopération n'est pas l'objectif premier mais elle la favorise.

#### 1.4.4 Les intérêts de la direction commune

La présence d'une direction commune, menée par un directeur, voire une équipe de direction, unique, ayant une autorité transversale et une politique commune dans les différentes structures, incite à la coopération. Ainsi, certains recueils d'expérience des monographies de l'ANAP ont mis en avant le fait que *« les coopérations semblent plus facilement mises en œuvre, et leur fonctionnement est d'autant pérenne, qu'elles sont impulsées par un directeur ayant en charge la direction commune des établissements parties à la convention. L'ensemble des équipes avance dans la même direction et à la même allure<sup>56</sup>»*. Cette coopération limite de surcroît les conséquences d'une concurrence délétère entre les établissements. Elle permet d'aborder la stratégie et le pilotage des établissements dans une perspective globale et de dépasser l'approche individuelle par établissement.

L'instauration d'une direction partagée facilite également la coordination des équipes administratives, médicales et logistiques, d'autant plus, si en amont, des outils communs sont construits (la rédaction d'un projet médical commun et sa déclinaison opérationnelle avec la mise en place de pôles inter-hospitaliers par exemple) ou si des instances de représentation et de consultation du personnel communes<sup>57</sup> sont mises en place.

Le management unique des établissements en direction commune permet aux équipes administratives d'atteindre une taille critique par la mutualisation des fonctions support<sup>58</sup>.

Dans une direction commune, le rapprochement entre structures hospitalières et médico-sociales peut présenter un intérêt dans le cadre de la constitution de filières cohérentes de prise en charge des patients, notamment des personnes âgées, de l'amont (médecine) vers l'aval (médico-social)<sup>59</sup>.

Les directions communes peuvent favoriser le décloisonnement entre le sanitaire et le médico-social. En effet, les établissements publics médico-sociaux ne peuvent être membres d'une CHT mais, afin d'être associés aux conduites menées sur un territoire, ils peuvent devenir partenaires d'une CHT. Cependant, à ce jour, le nombre de CHT

---

<sup>55</sup> DGOS, Rapport 2012 au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière, p. 7

<sup>56</sup> ANAP, Guide méthodologique des coopérations territoriales, p. 62

<sup>57</sup> *Ibid*, p. 63

<sup>58</sup> *Ibid*, p. 34

<sup>59</sup> *Ibid*, p. 35

impliquant des EHPAD reste limité à cinq sur 76 existantes (soit 6,57%). Cette faible implication illustre le cloisonnement subsistant entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social<sup>60</sup>. Certes, un GCS-Etablissements de santé est un outil de coopération entre le sanitaire et le médico-social, mais aussi avec la ville donc un instrument de décloisonnement des acteurs et des secteurs<sup>61</sup>. Cependant, au 30 juin 2012, seuls 10% des GCS (42) ont parmi leurs membres des structures médico-sociales<sup>62</sup>. Or, la moitié des conventions de direction commune est conclue entre un établissement sanitaire et une structure médico-sociale.

Lorsqu'une fusion paraît nécessaire, la direction commune peut être recommandée pour organiser la phase de préfiguration. Comparée à une CHT ou à un GCS, la direction commune a une visée intégrative par l'intégration qu'elle permet, dans la gouvernance des établissements<sup>63</sup>.

Les dispositifs de coopération peuvent être mobilisés comme instruments de restructuration et de pilotage afin de limiter la concurrence et favoriser la complémentarité entre les établissements de santé. La stratégie de coopération permet en effet la mise à disposition de ressources et compétences nouvelles. Chaque partenaire se voit doté de moyens supplémentaires pour se renforcer et assurer sa pérennité. Ainsi, chaque coopération doit pouvoir, par la mutualisation ou le transfert d'équipements, d'activités ou de ressources, améliorer la prise en charge et le parcours des personnes, tout en maîtrisant les dépenses de santé. La prise en charge globale, nécessaire à la qualité du service rendu, sous-tend une coordination entre les différents acteurs de santé.

## **1.5 La nécessité de coordonner les acteurs**

### **1.5.1 L'intérêt de la coordination**

Le système de santé français, encore trop centré sur le curatif, perd de son efficacité face au vieillissement de la population et au développement des pathologies chroniques. Il semble impératif de développer, en amont, la prévention des soins, positionnée au cœur de la SNS, et l'accompagnement des personnes en aval. La coordination vise une meilleure utilisation des ressources dans un souci de prise en charge globale.

H. MINTZBERG<sup>64</sup> relie chaque activité humaine à deux besoins fondamentaux. Le premier concerne la division du travail, en tâches à effectuer, et le second est en lien avec la coordination de ces tâches, pour réaliser cette activité. Ainsi, La coordination assure un niveau d'efficacité grâce à la cohérence instaurée entre ces différentes tâches. Par

---

<sup>60</sup> DGOS, Rapport 2012 au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière, p. 32

<sup>61</sup> ANAP, Guide méthodologique des coopérations territoriales, p. 16

<sup>62</sup> DGOS, Rapport 2012 au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière, p. 18

<sup>63</sup> IGAS, Fusions et regroupements hospitaliers, p. 243

<sup>64</sup> MINTZBERG H., 1982, Structure et dynamique des organisations, Paris, Editions d'Organisation

ailleurs, les structures de coordination sont très complexes car elles doivent combiner plusieurs modes de fonctionnement selon le type d'organisation. En effet, selon H. MINTZBERG, les structures de coordination sont des « *adhocraties* » car elles combinent dans un environnement instable et complexe, des compétences pluridisciplinaires et transversales afin de remplir une mission précise. Leurs modalités de travail sont peu formalisées et peu hiérarchisées. Cependant, elles ont également des points communs avec d'autres modèles d'organisation : les organisations « *missionnaires* » pour leurs valeurs humanistes, les « *bureaucraties professionnelles* » pour leur forte hiérarchie dans laquelle exercent des professionnels d'un haut niveau de compétence et ayant une large autonomie (les hôpitaux) et les « *organisations mécanistes* » pour la standardisation du travail basé sur le suivi de procédures précises. Les structures de coordination sont donc hybrides ce qui imposent un ajustement mutuel permanent aux autres types d'organisation afin que tous les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social travaillent ensemble.

La coordination permet ainsi de limiter les ruptures dans le parcours, les redondances, les hospitalisations inutiles. Coordonner, c'est décloisonner, en diminuant l'hospitalo-centrisme au profit d'une ouverture vers les dimensions non médicales, et articuler les acteurs entre eux, afin d'assurer une prise en charge globale et continue<sup>65</sup>. Cette prise en charge pluridimensionnelle était déjà présente dans la définition de la santé faite par l'OMS dès 1946, « *un état complet de bien-être physique, mental et social* ».

### 1.5.2 Une évolution lente mais certaine

La coordination dans le parcours de l'utilisateur, de surcroît s'il s'agit d'une personne en perte d'autonomie ou atteinte d'une maladie chronique, reste très complexe car les différents secteurs restent cloisonnés. Les modes de financement différents, les cadres juridiques distincts, les schémas régionaux de planification séparés, la taille et le nombre de structures très différents, les formations initiales des professionnels très clivées, voire la peur de perdre en autonomie à travers le partage des prises en charge et donc des informations, ont créé au fil du temps une division au sein de notre système de protection sociale, bien ancrée dans les cultures professionnelles aujourd'hui<sup>66</sup>. Pour autant, à partir des années 90, les pouvoirs publics ont posé la coordination au centre de leurs préoccupations. Les premiers réseaux de soins apparaissent en 1991 et deviennent légitimes avec la réforme Juppé en 1996<sup>67</sup>. Cette ordonnance et la loi du 2 janvier 2002, qui instaure les groupements de coopération sociale ou médico-sociale, incitent à

---

<sup>65</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L., *Coordination et parcours*, p. 6

<sup>66</sup> Conférence MARIN P., *Organisation et développement du système hospitalier et social en France*, août 2014, EHESP

<sup>67</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

l'amélioration de la coordination afin d'optimiser les services existants dans un contexte de pénurie budgétaire. Le concept de l'hospitalisation à domicile (HAD) apparaît dans la loi hospitalière de 1970, mais reconnue comme alternative à l'hospitalisation qu'en 1991. Enfin, la loi HPST la considère comme un mode d'hospitalisation à part entière avec une intervention de professionnels médicaux, paramédicaux, mais aussi celle de travailleurs sociaux. Par ailleurs, depuis 2007, le champ d'intervention des HAD s'est élargi aux EHPAD, et en septembre 2012, aux structures sociales et médico-sociales en général. La loi de 2004<sup>68</sup> introduit la notion de parcours de soins coordonné dont la porte d'entrée est le médecin traitant, qui sera, dans 95% des cas, le médecin généraliste<sup>69</sup>.

La loi HPST et la création des ARS, permettent également de réunir sous une même entité, l'organisation de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière et les structures médico-sociales. La coordination est devenue un enjeu de santé publique à l'image des nombreux plans de santé publique déployés et en dernier lieu la mise en place des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) ou des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. La SNS recentre, ainsi, l'organisation des soins autour du patient et les multiples dimensions de sa vie, en privilégiant la notion de parcours. *« C'est dorénavant à partir du parcours de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée, que doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par les cloisonnements<sup>70</sup> »*. Le portail Internet des ARS présente également la notion de *« parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie »* en indiquant que *« les parcours sont l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients et usagers au plus proche de leur lieu de vie. Cet objectif est imposé essentiellement par la progression des maladies chroniques. Il nécessite une évolution de notre système de santé historiquement centré sur le soin vers une prise en charge plus complète des individus...Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social.<sup>71</sup> »*. Enfin, les réseaux, au nombre de 700 en France<sup>72</sup>, financés par le fonds d'intervention régional (FIR), comme tout dispositif situé à l'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social, représentent un des principaux dispositifs de coordination. Cependant, *« le changement ne peut advenir par la seule force d'un texte de loi. Le développement de la coordination quand il advient sur un territoire, est le fruit des interactions entre pouvoirs publics et professionnels »<sup>73</sup>*

---

<sup>68</sup> Loi n°2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie

<sup>69</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L., Coordination et parcours, p. 97

<sup>70</sup> Communication relative à la SNS annoncée par le Premier ministre, dans sa déclaration de politique générale, le 16 janvier 2013

<sup>71</sup> [www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html](http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html)

<sup>72</sup> DGOS, Améliorer la coordination des soins, p. 65

<sup>73</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L., Coordination et parcours, p. 16

### 1.5.3 Les acteurs de la coordination

Nombreux sont les professionnels qui ont pour mission de coordonner. Parmi eux, nous pouvons noter les médecins traitants, les infirmiers coordinateurs en EHPAD ou en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les coordinateurs de comité local d'information et de coordination (CLIC), les pilotes de réseaux, de MAIA ou de filières, mais aussi les directeurs des soins<sup>74</sup>. M.-A. BLOCH propose de séparer les différents coordonnateurs selon deux champs. Le premier, dans lequel figurent « *les coordonnateurs de parcours* », porte sur l'accompagnement des personnes et leur entourage dans la gestion de leur parcours de santé. Le second, « *les coordonnateurs d'innovations* », concerne l'accompagnement des professionnels dans le changement dont les directeurs des soins, font partie.<sup>75</sup>

Ainsi, les directeurs des soins font partie des professionnels qui peuvent servir la coordination. Ils accompagnent le changement dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Selon R. BERTAUX<sup>76</sup>, ces « *cadres développeurs* » exercent dans des organisations qui doivent se montrer innovantes et réactives face à un environnement instable. Appartenant à l'équipe de direction, ils ont à la fois, des fonctions de management interne et des missions de développement externe, et sont appelés à être force de proposition<sup>77</sup>.

Progressivement, le système de santé s'organise différemment afin de proposer une prise en charge globale et continue aux usagers, dans un environnement contraint. Les coopérations semblent une réponse à cette restructuration de l'offre de soins en rapprochant et en coordonnant les actions des établissements publics de santé et celles des structures médico-sociales. La signature d'une convention de direction commune peut faciliter ce décloisonnement et être propice à la complémentarité. La phase d'exploration réalisée dans plusieurs établissements en direction commune va nous permettre de répondre à notre questionnement initial et de préciser en particulier si l'exercice du DS en direction commune lui permet d'améliorer la qualité des prises en charge.

---

<sup>74</sup> *Ibid*, p. 185

<sup>75</sup> *Ibid*, p. 187

<sup>76</sup> BERTAUX Roger, HIRLET Philippe, PREPIN Olivier, STREICHER Frédérique, L'encadrement intermédiaire dans les champs sanitaire et social, un métier en construction, p.352

<sup>77</sup> BLOCH M.-A. et HENAUT L., Coordination et parcours, p. 233

## **2 Les directeurs des soins au sein d'une direction commune : un atout au service de l'utilisateur?**

### **2.1 La méthodologie de recherche**

Nous avons choisi une technique d'exploration qualitative et réalisé des entretiens individuels et semi-directifs, pour compléter et approfondir nos connaissances et comparer les contenus collectés aux données théoriques de la première partie.

#### **2.1.1 L'outil sélectionné**

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien<sup>78</sup>. Nous avons sollicité, au préalable, chacun des interviewés, par téléphone ou par mail, afin de convenir d'un rendez-vous, en précisant les objectifs généraux de notre requête sans communiquer le guide d'entretien. Les entretiens se sont déroulés dans le bureau des personnes entretenues ou par téléphone selon leur situation géographique. Chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement, avec l'accord de l'interviewé, et qui, malgré une prise de notes en style direct, nous a permis de privilégier l'écoute. La disponibilité et l'organisation des interviewés pour faciliter nos rencontres sont à noter car tous les entretiens, réalisés en direct ou par téléphone, ont duré en moyenne quarante-cinq minutes, sans aucune interruption, ni téléphonique, ni extérieure. Les données qualitatives recueillies ont été retranscrites, mot à mot, l'enregistrement permettant de citer les personnes sans déformer leurs propos et de repérer si certains points abordés l'ont été naturellement ou en réponse à une question posée. Nous avons ensuite réalisé une analyse verticale, entretien par entretien, en relevant les différents thèmes abordés. Une analyse horizontale a ensuite permis de traiter les thèmes retenus en notant les propos de chacun et de repérer les points communs et les divergences. Nous avons essayé de croiser les propos recueillis auprès des professionnels exerçant au sein d'un même établissement.

Par ailleurs, pour enrichir les éléments obtenus, nous avons recueilli certains documents institutionnels, tels l'organigramme, le projet d'établissement, les projets écrits liant l'ensemble des structures de la direction commune, afin de préciser les difficultés éventuelles de construction et de mise en œuvre.

#### **2.1.2 La population ciblée**

Nous avons listé un certain nombre d'établissements publics de santé en direction commune grâce aux établissements cités par mes collègues élèves DS sollicités par mail,

---

<sup>78</sup> Cf annexe n°2, p. III

et la répartition des emplois fonctionnels proposée par la DGOS<sup>79</sup> qui liste 97 directions communes.

Comme précisé dans l'introduction, nous avons réalisé, en premier lieu, des entretiens auprès de trois DS qui nous ont permis de relever différentes thématiques possibles liées à l'exercice au sein d'une direction commune et ainsi d'orienter notre travail sur une question plus précise. Les entretiens suivants ont été réalisés en sélectionnant les établissements selon plusieurs critères afin de solliciter :

- des DS dont l'ancienneté sur le poste était supérieure à un an,
- des DS exerçant seuls au sein des différentes structures de la direction commune, pour certains issus de l'établissement le plus important en lits et places, et d'autres au contraire, issus de l'établissement plus petit,
- des DS exerçant au sein d'une direction commune comprenant deux DS,
- des DS ayant la responsabilité de la direction de la qualité et d'autres non,
- des directions communes associant des CH,
- des directions communes associant un ou plusieurs CH et EHPAD.

Nous avons ainsi sélectionné 11 DS et réalisé 10 entretiens.

Par ailleurs, nous avons souhaité rencontrer trois directeurs d'hôpital afin de recueillir leurs points de vue et préciser leurs attentes. Un des trois directeurs, est directeur adjoint, délégué sur un des établissements de la direction commune. Enfin, il nous semblait nécessaire d'interroger également trois présidents de CME, partenaires au quotidien du DS, dans l'amélioration de la qualité et sécurité des prises en charge.

A noter, que nous avons fait le choix de ne pas élargir notre recherche aux établissements spécialisés en santé mentale afin de comparer plus aisément les établissements entre eux.

### **2.1.3 Les limites de l'enquête**

L'enquête réalisée sur le terrain ne prétend pas être une recherche exhaustive et scientifique. L'échantillon très limité d'entretiens réalisés ne permet pas de généraliser l'interprétation des résultats présentée qui n'a de valeur que pour les personnes rencontrées et au moment où ces entretiens ont été réalisés. Par ailleurs, pour le plus grand nombre d'établissements, seul le DS a été interviewé ce qui ne permet d'appréhender l'établissement dans sa globalité avec l'absence de certains éléments de compréhension tels que l'historique des structures concernées par la direction commune. Le choix des personnes enquêtées, selon les critères retenus, nous a orienté vers des établissements se situant dans des régions variées : Bourgogne, Bretagne, Centre, Midi-

---

<sup>79</sup> Application des dispositions de l'arrêté du 24 avril 2012 sur la répartition des emplois fonctionnels des établissements publics de santé, réactualisé le 3 décembre 2013

Pyrénées, Picardie, Provence-Alpes-Côte-D'azur et Rhône-Alpes. Nos lieux de stage, n'étant pas des établissements concernés par une direction commune et la nécessaire gestion du temps pour réaliser ce travail, ont imposé la réalisation de quatre entretiens téléphoniques au cours desquels les échanges sont moins spontanés et peuvent priver de certains éléments, de la communication non verbale par exemple.

## **2.2 L'analyse des résultats de la recherche**

Nous proposons une présentation succincte des établissements sélectionnés<sup>80</sup>, pour ensuite relever ce qui a retenu notre attention lors de l'analyse des éléments recueillis.

### **2.2.1 Présentation générale des établissements en direction commune**

Les dix-neuf entretiens ont donc été réalisés au sein de dix directions communes impliquant au total 34 structures, 14 CH, 12 « ex hôpitaux locaux »<sup>81</sup> (HL) et 8 EHPAD. Les conventions de direction commune ont été signées entre 2003 et 2012. Le nombre de structures concernées au sein d'une direction commune s'élève à deux, trois, cinq ou huit. Les directeurs des soins exercent seuls ou à deux au sein de la direction commune et trois d'entre eux assument également la responsabilité de la direction de la qualité.

Sept conventions de direction commune ont été signées à la demande de l'ARS et trois émanent d'un accord entre directeurs d'hôpital. Les conventions signées à la demande de l'ARS incluent toutes, au moins un CH et un HL. Nous retrouvons ici le pouvoir incitatif du directeur général de l'ARS relevé en amont. Nous notons également que pour ces sept directions communes, au moins un des établissements signataires présentait un plan de retour à l'équilibre. Plus généralement, sur les 26 établissements sanitaires, la moitié est soumise à un plan de retour à l'équilibre.

Le nombre de lits des établissements publics de santé varie de 56 à 1360 lits. Pour quatre directions communes, les établissements ne sont pas impliqués dans une CHT et pour quatre autres, la CHT est postérieure à la signature de la convention de direction commune. Pour les 2 dernières, la CHT préexistait lors de la décision de direction commune.

La distance qui sépare les établissements en direction commune nécessite entre 25 minutes et une heure de trajet, 45 minutes étant la durée la plus fréquente.

Ces premiers éléments sont à l'image des chiffres relevés dans la première partie de ce travail, issus des rapports de la DGOS et de l'IGAS<sup>82</sup>.

---

<sup>80</sup> Cf annexe n°3, présentation des établissements enquêtés, p.VI

<sup>81</sup> Nous nommerons les « ex hôpitaux locaux » (HL), les établissements sanitaires qui depuis 2009 sont des hôpitaux de proximité, de petite taille n'ayant aucune activité de chirurgie ou d'obstétrique

<sup>82</sup> Cf partie 1-4-3, Les directions communes aujourd'hui, p.13

## 2.2.2 Un modèle souple de coopération certes, mais des contraintes organisationnelles

Toutes les personnes interrogées, DS, directeurs d'hôpital et présidents de CME, s'accordent à dire que la signature d'une convention de direction commune impose des organisations de travail complexes.

Les directeurs d'hôpital font état d'une énergie à déployer en permanence afin que « *chacun ne reste pas centré sur ses problématiques, qu'il sorte de son établissement et perçoive les intérêts de la direction commune pour son établissement* ». Un des trois directeurs d'hôpital interviewés exprime le regret de ne pas pouvoir fusionner avec les deux autres structures, un hôpital local et un EHPAD. Nous pouvons relever ici, le poids des facteurs politiques locaux évoqué dans la première partie. L'ancrage local des établissements publics de santé est très ancien. Jusqu'à la loi HPST, les hôpitaux étaient dans leur immense majorité des établissements publics communaux ou intercommunaux, dont le conseil d'administration était présidé de droit par le maire. Les directeurs d'hôpital sont d'ailleurs nommés par le CNG sur la base d'une liste proposée par l'ARS, après avis du président du conseil de surveillance, le maire le plus souvent. Ce lien entre l'hôpital et sa commune de rattachement peut expliquer certaines réticences des collectivités locales qui craignent la perte d'une activité sur leur territoire, l'hôpital ayant une place importante dans l'économie locale en tant qu'employeur, acheteur, élément structurant de l'attractivité de la commune, réponse aux besoins de la population en matière d'accessibilité des soins. Si la loi HPST a atténué cet ancrage local, les élus représentent toujours le tiers des membres du conseil de surveillance dont les pouvoirs de décision restent importants comme l'approbation d'un projet de fusion. Pour cette même direction commune, l'ensemble de l'équipe de direction est commune aux trois établissements. Ce directeur d'hôpital vient d'opter pour le recrutement d'un DESSMS en tant que directeur de sites de l'hôpital local et de l'EHPAD afin « *de ne plus être en première ligne pour gérer l'accumulation des problèmes du quotidien* » pour l'ensemble des structures. Pour les autres établissements enquêtés, ayant une capacité en lits cumulée de moins de 600 lits, l'ensemble de l'équipe de direction peut être également commune mais chaque structure dispose d'un référent, directeur de site ou CSS et une répartition des instances est organisée entre les directeurs adjoints. Concernant une direction commune entre un CH et HL, les gardes administratives ont été mutualisées.

Quant aux plus grandes structures, le directeur général a fait le choix de maintenir, ou de rétablir, une équipe de direction distincte pour chaque structure sanitaire concernant la direction des ressources humaines (DRH), la direction des affaires financières et la direction des services économiques et logistiques. Ils expriment cette nécessité en lien avec les problèmes organisationnels auxquels étaient confrontés les

directeurs adjoints face à la multiplicité des instances, problèmes majorés par le temps de route nécessaire entre les établissements.

Quant aux DS, ces derniers ne sont pas épargnés par cette difficulté. Tous expriment la nécessité majeure de gérer leur temps de façon optimale face à leur participation aux instances multipliées par le nombre d'établissements publics de santé, aux déplacements à réaliser, à l'animation des réunions d'encadrement, voire leur participation aux instances communautaires si leur établissement adhère à une CHT. En moyenne, selon le nombre d'établissements impliqués dans la direction commune et le nombre de DS exerçant au sein de cette direction commune, les DS participent à minima à toutes les instances institutionnelles multipliées par deux. Les instances communautaires sont quant à elles très variables d'une CHT à l'autre, allant d'un comité de direction communautaire toutes les deux semaines à une rencontre annuelle. Enfin, la grande majorité des DS rencontrés (huit sur dix) a fait le choix d'organiser les réunions de l'encadrement de façon distincte pour chaque établissement. Ils expliquent que les thématiques sont différentes d'un établissement à l'autre, *« c'est trop tôt pour le moment, il y a peu de sens à faire déplacer les cadres de santé sur un établissement, leurs attentes sont différentes et cela représente un coût »*. Ce DS fait référence aux remboursements des frais de route induits par ces déplacements. En effet, tous les DS expriment la nécessité de ne pas privilégier un établissement plus qu'un autre pour réunir l'encadrement, et de ce fait, être contraints de demander aux cadres de santé de l'établissement le plus important, plus nombreux donc, de se déplacer également. Par ailleurs, les DS s'accordent à dire que *« ce n'est pas là que le partage va se faire ! Quand dix cadres se retrouvent face à face avec cinquante autres, les échanges n'ont pas lieu »*. Cependant, ils tiennent tous à réunir l'ensemble de l'encadrement une fois par an, *« c'est symbolique »*, sur une thématique commune, l'accueil et l'encadrement des étudiants, la prise en charge de la douleur, ou encore l'utilisation du logiciel *« Trajectoire<sup>83</sup> »* par exemple. Les deux autres DS, qui réunissent, ensemble, l'encadrement des deux établissements, de taille cependant très différente, travaillent au sein d'une direction commune établie respectivement depuis 2003 et 2008. *« Il fallait y aller doucement ! L'hôpital de N. avait besoin de garder sa proximité d'avant. J'ai d'abord commencé par des réunions CSS communes, puis une rencontre tous cadres une fois par semestre »*.

La gestion du temps est donc une priorité pour le DS en direction commune. Elle nécessite de prioriser, déléguer et trouver des modalités de fonctionnement compatibles avec les attentes de chacune des institutions et l'urgence des demandes. La moitié des

---

<sup>83</sup> Logiciel d'aide à l'orientation et au transfert des patients vers des unités de SSR ou vers un EHPAD (TICsanté.com)

DS interviewés a formalisé un temps dédié sur la seconde et plus petite structure, un jour par semaine par exemple, qu'ils adaptent selon les besoins car tous déclarent être vigilants à ne pas délaissier une structure au profit d'une autre. La participation du DS aux instances est incontournable afin de bien connaître les projets institutionnels, de comprendre les enjeux qui en découlent, de construire sa légitimité grâce à la maîtrise des dossiers traités, de faire valoir son expertise en organisation des activités soignantes et d'asseoir sa position stratégique au sein de la direction commune. Enfin, la gestion du temps ne s'arrête pas à l'organisation d'un agenda, mais sous-entend également de savoir prendre le temps nécessaire, avant la mise en œuvre de réunions communes et ainsi, faire avancer les projets à un rythme acceptable par tous. Le choix des moyens de communication, et du moment où ils sont utilisés, devient stratégique pour les DS. Il est important de tenir compte du fait que le rapprochement des établissements bouleverse les habitudes et génère inquiétudes et résistances. Le DS accompagne ces changements en permettant à chacun des acteurs de retrouver des repères.

### **2.2.3 La connaissance mutuelle, un enjeu pour les directeurs des soins**

Certes, nous avons vu précédemment que l'organisation de réunions communes pour l'encadrement soignant n'est pas une priorité pour la majeure partie des DS interrogés. Cependant, ils nous ont livré un certain nombre d'actions propices à faciliter les relations de travail entre les différents acteurs au sein de la direction commune.

Dans un premier temps, la moitié des DS interrogés a proposé des visites inter-établissements aux professionnels des différentes structures. Beaucoup ont répondu présents et ont ainsi découvert « *ces établissements voisins, certes connus, mais bien souvent ignorés* ».

Parmi les DS interrogés, neuf sur dix ont évoqué la proposition faite et réalisée de construire des formations communes pour les paramédicaux des différents établissements de la direction commune. « *Ces formations communes contribuent au développement d'une culture commune, ils apprennent à se connaître, à travailler ensemble* ». Les formations mutualisées les plus fréquentes sont en lien avec la manutention des personnes, l'apprentissage des gestes d'urgence (attestation de formation aux gestes et soins d'urgences niveaux 1 et 2), la bientraitance, les formations en lien avec la sécurité incendie et la gestion des risques. De plus, les DS reconnaissent que « *c'est une vraie chance pour les personnels de petites structures qui se voyaient privés de certaines formations...comment organiser une formation sur les gestes en situation d'urgence pour les deux infirmières d'un EHPAD ?* ». Les formations aux gestes d'urgence, pour lesquelles des obligations réglementaires s'imposent à tous, peuvent

s'organiser au niveau d'un territoire par le centre d'enseignement des soins d'urgence d'un des établissements de la direction commune. Ces formations communes sont à la fois des lieux d'échanges, de connaissance mutuelle, de professionnalisation, tout en réduisant également le coût individuel de la formation. Cependant, il est à noter l'échec évoqué par un directeur d'hôpital dont le souhait était la construction d'un plan de formation unique pour les deux établissements. Il précise, à nouveau, « *qu'il ne faut pas vouloir aller trop vite, sinon il y a blocage au niveau des syndicats, ils ont eu peur qu'ensuite, les agents soient mobiles d'un site à l'autre* ».

Par ailleurs, les DS sont à l'initiative de groupes de travail qui permettent aux cadres et aux soignants de travailler ensemble, en nombre restreint, sur une problématique commune. Ainsi, les trois quarts des directions communes enquêtées, ont vu des rencontres s'organiser entre les professionnels, de gériatrie ou des urgences, de l'ensemble des structures impliquées dans la direction commune. « *Il était impossible de rapprocher les pôles des deux établissements tant le découpage dépend de la taille de la structure...mais l'encadrement de la gériatrie, puis les soignants, ont trouvé un intérêt à travailler ensemble...Ils ont partagé leurs outils pour évaluer la douleur chez la personne âgée* ». Au sein d'une autre direction commune, ce sont les cadres des urgences qui se sont rencontrés. « *La salle de soins des urgences de V. devait être refaite...J'ai proposé aux cadres de se rapprocher des équipes de O. Ils l'ont fait et se sont inspirés de leur organisation pour agencer leur salle de soins. Maintenant, les salles sont configurées à l'identique pour le rangement du matériel* ».

Enfin, certaines commissions des soins, infirmiers, de rééducation et médicotechniques (CSIRMT) des établissements de santé font l'objet d'une représentativité croisée de chacune des structures. « *A chaque CSIRMT, un représentant des autres établissements est invité afin de faciliter les collaborations ultérieures* ». D'autres DS ont fait le choix d'organiser une CSIRMT commune à l'ensemble des établissements une fois par an. A travers la CSIRMT, instance représentative de l'encadrement paramédical et des soignants au sein de l'institution, le DS qui la préside<sup>84</sup>, peut œuvrer pour communiquer sur la place centrale que peuvent investir les personnels au sein d'une direction commune.

De même, un comité éthique, commun à tous les établissements, est organisé dans trois directions communes, quand d'autres préfèrent traiter les questions éthiques individuellement. « *Je pense que c'est faire perdre leur temps aux équipes de MCO et celles d'EHPAD que de les réunir ... entre les difficultés liées à la naissance d'un bébé né*

---

<sup>84</sup> Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

*en limite de viabilité et celles liées au refus du résident de prendre sa douche le matin...l'écart est trop important ».*

La coopération nécessite une progression afin que « *chacun se rende compte de lui-même de l'intérêt à partager, pour lui, en premier lieu* », déclare un DS. Ainsi, chaque partie prenante se place dans une relation gagnant-gagnant qui pourrait être illustrée par « *le dilemme du prisonnier* » qui caractérise, dans la Théorie des jeux<sup>85</sup>, une situation où chacun peut tirer des avantages de la coopération, mais chacun doit aussi, consentir à partager, à échanger et à faire des concessions. Pour ce faire, la réciprocité est donc nécessaire, c'est-à-dire la capacité à comprendre les besoins de ses partenaires, même s'ils sont différents des siens. La théorie des jeux explique que c'est la répétition du jeu, la répétition des projets entre les différents acteurs donc, que va se construire la relation de confiance indispensable à toute relation de coopération. A travers ces réunions de travail initiées par les DS, les personnels des différentes structures apprennent progressivement à se connaître, à se comprendre, à partager, à s'enrichir. Cependant, il est essentiel que le DS définisse par quel biais, et dans quel objectif, les équipes des différentes structures vont travailler ensemble. Ce choix est primordial afin que chacun puisse s'enrichir des expériences de l'autre sans pour autant qu'une impression de perte de temps ou d'inutilité soit ressentie par les différents acteurs. Coopérer est un moyen d'atteindre des objectifs partagés. C'est pourquoi, il nous semble important, avant d'envisager un projet de coopération, que le DS identifie les objectifs de la mutualisation et évalue les bénéfices attendus mais aussi les risques associés.

#### **2.2.4 La mutualisation des compétences pour une offre de soins de qualité**

Les personnels paramédicaux, cadres et soignants, tendent vers l'échange pour enrichir leurs pratiques professionnelles et mutualiser leurs savoir-faire. Cette valorisation et la mise à disposition des compétences présentes au sein de la direction commune sont largement engagées par de nombreux professionnels.

Il est impossible de ne pas débiter par le poste du directeur d'hôpital commun à l'ensemble des établissements. Chaque personne interviewée parle d'un « *chef d'orchestre unique* » qui facilite la communication, fluidifie la circulation des informations entre chaque structure, et surtout la prise de décisions. Les présidents de CME précisent que « *la direction commune permet de fixer un cadre de coopération, les options prises par les établissements, par exemple le choix du système d'information, vont dans un sens commun* ». Un directeur d'hôpital explique encore que « *sans la direction commune, des*

---

<sup>85</sup> TUCKER A. W., 1950

*projets de coopérations auraient vu le jour, mais le directeur commun a une vision globale sur l'ensemble des établissements... Il permet ainsi de canaliser les débordements naturels des établissements qui voudraient s'auto-développer sans tenir compte des autres et de consolider ceux, qui ne peuvent plus travailler seuls ».*

Ainsi, nous avons évoqué en amont l'existence d'une équipe de directeurs adjoints, mutualisée ou non, selon la taille des établissements. Cependant, un élément préfigure dans les dix directions communes enquêtées. Il s'agit de la mutualisation, de tout ou partie, de la direction de la qualité et de la GDR. Ainsi, les trois DS responsables de la direction de la qualité interviennent également à ce titre dans toutes les structures de la direction commune. Quant aux autres directions communes, le directeur qualité et GDR ou l'ingénieur qualité sont présents sur tous les établissements qui le nécessitent. La certification des établissements sanitaires et les évaluations internes et externes des EHPAD sont ainsi un élément moteur dans la mutualisation des compétences et des procédures. Beaucoup expriment qu'une direction commune pour la qualité et la GDR favorise *« le va et vient des protocoles entre les établissements...chacun s'inspire de l'autre pour améliorer ses pratiques »*. Tous les DS concernés par une direction commune mise en place entre un CH et un EHPAD évoquent *« une technicisation et sécurisation des soins en EHPAD et une prise en charge des personnes âgées, en particulier, moins technique, plus humaine dans la structure sanitaire...Chacun bénéficie de l'expérience de l'autre pour s'améliorer »*. Il est toujours difficile de bénéficier de l'expertise d'un qualitatif dans les petites structures ou les EHPAD. La direction commune et la mutualisation de la direction qualité leur apportent ainsi un soutien méthodologique. Un directeur d'hôpital nous a confié que *« les experts visiteurs avaient clairement ressenti, suite à la visite de certification, que l'hôpital de D. bénéficiait de la direction commune à travers les compétences mises à disposition »*. Enfin, un support de communication commun à tous les établissements, sur l'incitation au signalement des événements indésirables, est en cours de réalisation au sein de trois des directions communes enquêtées.

Il nous semble que la démarche qualité et la gestion des risques sont inhérentes à la notion même du management du DS. En recentrant le patient au cœur de nos préoccupations, la préparation à la certification permet à la fois d'harmoniser les procédures et de restructurer une cellule qualité et gestion des risques au sein de tous les établissements qui composent la direction commune. Les équipes médicales et paramédicales apprennent à se connaître, à confronter leurs pratiques et à envisager des orientations communes au bénéfice du patient ou de l'utilisateur.

Par ailleurs, la direction commune semble être également favorable à la mutualisation d'autres compétences, médicales ou soignantes. Ainsi, dans la majorité des

directions communes, une partie du temps de travail du médecin ou des infirmières hygiénistes, du médecin du service de santé au travail, des pharmaciens, du médecin responsable du département d'information médicale, de l'équipe du comité de lutte contre la douleur (CLUD), de la diététicienne, de l'ergonome, des infirmiers spécialisés (infirmiers anesthésistes (IADE), de bloc opératoire, puéricultrices), est mise à disposition des structures quand cela est nécessaire. « *Depuis que nous avons proposé aux puéricultrices et aux IADE, sur la base du volontariat, de travailler ponctuellement à P., le recours à l'intérim a fortement chuté* ». La mutualisation de certaines astreintes, techniques ou pharmaceutiques par exemple, est également un gage de sécurité. « *Avant la direction commune, c'était le directeur de garde qui assumait l'astreinte pharmaceutique à L. Maintenant le pharmacien d'astreinte à B. répond aux demandes de L.* ». Par ailleurs, la mise en place de consultations avancées s'est développée afin de maintenir une offre de soins de proximité sur des territoires isolés tout en limitant la fuite de patients vers des structures privées. « *Un jour par semaine, une sage-femme va consulter à L. ce qui permet d'assurer le suivi des femmes enceintes qui viendront accoucher ici* ».

Enfin, il est à noter que la mutualisation des personnels soignants est parfois freinée par une gestion du temps de travail différente d'un établissement à l'autre. Pour autant, les DS favorisent également les échanges au niveau du recrutement du personnel paramédical. Ils s'organisent au sein de la direction commune, pour s'informer mutuellement des candidatures retenues. « *On essaie d'être ressources et non concurrentes...et de ne pas retenir le même candidat...si j'ai une candidature intéressante mais pas de besoin à S., je lui propose D. et adresse la candidature à ma collègue* ». Quant aux DS en charge de petites structures, un HL isolé ou un EHPAD, ils expliquent que leurs difficultés de recrutement se sont aplanies grâce à la direction commune. « *Je négocie avec les candidats qui postulent au CH de C. en leur proposant S. pour deux ans et un engagement de retour sur le CH ensuite* ». De plus, les DS proposent à l'encadrement soignant des possibilités de mobilité plus étendues en ouvrant les postes vacants à tous les établissements de la direction commune. « *C'est aussi professionnaliser l'encadrement que de faciliter leur mobilité, et je souhaite profiter de la direction commune pour pouvoir accompagner un projet cadre à V. si cela n'était pas possible sur l'établissement de rattachement* ».

La mutualisation de certains corps de métier, en se regroupant pour recruter une compétence spécifique que seul un établissement ne pourrait employer, permet aux plus petites structures de disposer de compétences, spécialisées, ou devenues rares ou trop lourdes financièrement. Ces mutualisations représentent un gage de qualité dans les

prises en charge et une réduction des coûts pour tous. Ces éléments rejoignent les apports théoriques notés en amont, en lien avec les coopérations « efficaces » évoquées par l'ANAP. Le DS est responsable de l'organisation des activités soignantes et doit donc pouvoir disposer des compétences nécessaires au regard des besoins des patients. Les possibilités de mobilité sont très réduites au sein d'un HL du fait d'un nombre limité de services. Proposer la mobilité des personnels entre les établissements de la direction commune favorise la professionnalisation des personnels et limite la résistance au changement. Certes, les mises à disposition de certains personnels, pour un autre établissement, existent hors cadre d'une direction commune. Cependant, les présidents de CME interrogés confirment qu' « avec un directeur unique, c'est beaucoup plus simple et rapide ». Cela fait écho au rapport de l'ANAP dans lequel il était relevé que « les coopérations semblent plus facilement mises en œuvre - et leur fonctionnement est d'autant plus pérenne - qu'elles sont impulsées par un directeur ayant en charge la direction commune des établissements parties à la convention. Le management unique favorise la prise de décision. De plus, la gestion des équipes par une seule et même autorité reconnue comme telle, permet de rassembler les personnels autour d'une même ligne directrice ». Par ailleurs, tous les DS confirment que ces mutualisations permettent à chacun de se connaître et sont souvent à l'origine de nouvelles coopérations. « Suite à l'intervention de l'infirmière hygiéniste dans l'établissement S., les équipes de chirurgie ont souhaité organiser une rencontre avec leurs homologues de P. qui a abouti à l'écriture de protocoles communs de préparation préopératoire ». Cependant, il nous semble important que les DS soient au clair avec les objectifs de ces mutualisations. Servent-elles uniquement à rationaliser les coûts, puis à améliorer le service rendu, ou l'amélioration des pratiques professionnelles est-elle visée en premier lieu ?

### **2.2.5 Les outils partagés au sein de la direction commune**

La mutualisation repose en partie sur des relations interprofessionnelles mais aussi sur le partage d'outils communs.

Chaque signature de convention de direction commune fait l'objet d'un nouvel organigramme afin de clarifier la position des différents acteurs de la direction commune. Pour deux directions communes étudiées, des fiches de poste formalisent le rôle et le champ de compétences de chaque directeur d'établissement, directeur fonctionnel et DS. Dans une seule direction commune, une charte de direction commune a été élaborée et mise en annexe à la convention. Elle présente les principes de la direction commune (valeurs et objectifs), ses règles de fonctionnement (missions de chacun, modalités de fonctionnement, outils de coopération, délégation de signature, organisation des

astreintes administratives) et le projet de la direction commune (outils de pilotage, structuration de filières de prise en charge et de l'offre sanitaire et médico-sociale). Pour les directions communes enquêtées, le DS est toujours positionné directement sous l'autorité hiérarchique du directeur général de la direction commune. Ces outils permettent de clarifier le positionnement du DS au sein de la direction commune. Il nous semble essentiel que certains préalables soient en effet posés pour un fonctionnement cohérent au sein de la direction commune : la nomination du DS sur tous, ou partie, des établissements de la direction commune, l'absence de lien hiérarchique entre le ou les DS, les directeurs d'établissements et les directeurs fonctionnels, l'autorité fonctionnelle du ou des DS sur les personnels de soins de la direction commune.

Le système d'information hospitalier permet la gestion de l'ensemble des informations utilisées dans un établissement. Son périmètre est donc très large couvrant la gestion de la paie, la facturation, le suivi budgétaire et celui des activités médicales, la gestion des plannings et du temps de travail, la communication interne, voire le dossier médical du patient. Un directeur interrogé nous précise qu' « *il représente un enjeu stratégique dans la mise en commun d'informations pour assurer la prise en charge des patients de façon continue et sécurisée. La direction commune permet de choisir des options qui vont dans un sens commun* ». Nous avons ainsi relevé huit directions communes sur dix pour lesquelles le directeur du système d'information était mutualisé au sein de la direction commune. Les systèmes d'information se caractérisent par une capacité d'évolution permanente dont l'exploitation est difficilement assurée par les moyens limités des petites structures. Cette mutualisation peut, au minima assurer la maintenance des systèmes existants, voire favoriser l'unification des logiciels utilisés au sein de la direction commune. Ainsi, quatre des directions communes étudiées ont mis en place un dossier médical commun, informatisé et partagé entre les établissements. Ces quatre directions communes sont composées uniquement de CH. Pour une cinquième, il est en cours de déploiement sur les CH, mais aussi les EHPAD qui la composent. La direction commune peut faciliter la cohérence des systèmes d'information, outils de pilotage pour rendre possibles la coordination et la continuité des soins d'un établissement à l'autre et limiter les redondances. Une marge de progression existe, en particulier dans la mise en œuvre d'un dossier patient unique au sein d'une direction commune comprenant un EHPAD. Comme souligné en première partie, harmoniser les systèmes d'information pour aller au minimum vers une interopérabilité est un enjeu stratégique de la communication entre les établissements. Par ailleurs, les établissements ont à cœur de développer certains outils numériques tels l'outil « *Trajectoire* » ou la télémédecine afin d'améliorer les prises en charge.

Nous avons questionné chaque directeur des soins au sujet du projet de soins, outil de pilotage réglementé<sup>86</sup> de la politique de soins. Elaboré avec l'ensemble des professionnels concernés, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique est un des socles constitutifs du projet d'établissement qui s'articule avec les différents projets, en tenant compte des orientations du projet médical et des objectifs du projet qualité. La moitié des DS interrogés construit un projet de soins pour chaque établissement de la direction commune. Ils précisent qu' « *il est important que le projet de soins reste le projet des soignants, il faut respecter l'identité de chaque structure* ». Un DS évoque même la nécessité de ne pas créer d'ingérence. « *Pour le projet de soins, je ne peux intervenir que sur la demande du directeur de site* ». De plus, ils appuient leur argumentaire en relevant que « *chacun des projets de soins ne sont pas à refaire la même année...* ». Cependant, les autres DS ont saisi l'opportunité de l'arrivée à terme du projet de soins, d'un des établissements de la direction commune, pour « *introduire un chapeau commun dans lequel figurent les valeurs communes* ». Ce socle de valeurs partagées, qui doit servir la cohérence des actions, a été parfois construit par les DS de la direction commune ou a été débattu avec des représentants de l'encadrement et des paramédicaux de chaque structure. Parmi eux, un des DS, également responsable de la direction de la qualité et de la GDR, a fait le choix de construire, en collaboration avec l'encadrement et les paramédicaux, un projet de prise en charge incluant les axes du projet de soins et les objectifs de qualité. Nous avons constaté par ailleurs, l'absence de lien entre l'existence d'une CHT, et donc d'un projet médical de territoire, et les prémices d'un projet de soins commun au sein de la direction commune. Il semble donc prématuré d'envisager une formalisation plus intégrée d'un projet médical, projet de soins et projet qualité commun au sein d'une direction commune. Cependant, le partage de valeurs professionnelles, socle de la coopération, peut permettre de développer une culture commune au sein d'institutions aux identités propres.

## **2.2.6 La complémentarité au service de la qualité des prises en charge**

Tout rapprochement implique, en première intention, l'activité médicale, cœur de métier de l'hôpital. Les directeurs d'hôpital nous précisent que « *l'existence d'un projet médical partagé est un pré requis indispensable ... les médecins sont les principaux acteurs de ces coopérations...il importe qu'ils soient convaincus du bienfondé des coopérations proposées...* », ou encore, « *C'est très clairement les médecins qui sont à l'initiative des filières* ».

---

<sup>86</sup> Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, art. 4

Dans neuf directions communes étudiées, un projet médical est formalisé, soit dans le cadre de la CHT et du projet médical de territoire, ou bien par le biais de la signature de conventions. L'existence d'un projet médical partagé est un outil, comme évoqué dans la première partie de ce travail, considéré comme indispensable au sein d'une direction commune, afin de favoriser la complémentarité et limiter la concurrence délétère entre les différents établissements. Cependant, les présidents de CME s'accordent tous à dire que les filières de soins préexistaient à la CHT ou à la direction commune. « *Les fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) n'ont pas attendu la CHT ou la direction commune pour se mettre en place, mais tout est simplifié avec un directeur unique...la présentation d'un projet n'est plus directeur dépendante, on s'adresse à une seule et même personne, pour l'ensemble des établissements, ça facilite l'arbitrage* ». Ces propos font écho aux recueils d'expérience des monographies de l'ANAP évoqués en amont. Par ailleurs, la direction commune a permis de conforter et développer certaines filières telles les filières neurologiques, cardiologiques ou encore les FMIH des urgences. Cette dernière est évoquée à quatre reprises. Un président de CME nous précise ainsi « *au départ, les urgentistes travaillaient sur les trois sites, mais avec la direction commune, le DS a impulsé les échanges au niveau des infirmiers (IDE) également... Maintenant, les cadres de santé (CS) des différents établissements travaillent ensemble et les IDE se connaissent, les moyens sont optimisés et les pratiques uniformisées* ». Le directeur d'un autre établissement nous dira « *l'intervention des urgentistes de S. à D. a permis de diminuer le taux de fuite, les patients qui ont besoin d'une intervention chirurgicale sont ré-adressés vers S. et ne partent pas vers le privé* ».

La filière de soins gériatriques est évoquée, par toutes les personnes interviewées, comme la filière développée grâce à la direction commune. La coopération, entre les CH, les hôpitaux locaux et les EHPAD, est à mettre à l'actif de la filière gériatrique car elle permet d'associer la totalité des services qui la caractérisent, à savoir, une structure d'urgence, un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une unité de consultations et d'hospitalisation de jour, les SSR adaptés aux besoins des personnes âgées, les soins de longue durée et les EHPAD<sup>87</sup>. Pour beaucoup, certes, il y a un intérêt stratégique à disposer de lits d'aval (SSR, EHPAD), afin de fluidifier les sorties des patients hospitalisés en médecine ou chirurgie, et réduire la durée des séjours des CH. Pour autant, concernant les directions communes étudiées, un grand nombre d'actions a été mis en œuvre pour améliorer la prise en charge des personnes âgées. Les directeurs interrogés précisent que « *la direction commune permet de repérer plus vite les dysfonctionnements comme les ruptures de prise en charge* ». Ainsi, cinq directions communes ont formalisé une conduite à tenir afin d'améliorer le parcours des personnes

---

<sup>87</sup> Circulaire DHOS/02 n°2077-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

âgées entre les structures sanitaires et médico-sociales. « *Les personnels des urgences, de médecine, de SSR et des EHPAD ont travaillé ensemble... Ils ont appris à se connaître, à comprendre les contraintes des uns et des autres et se sont engagés par écrit pour une meilleure prise en charge* ». Ainsi, des procédures ont été formalisées afin de limiter le transfert systématique de la personne âgée de l'EHPAD vers les urgences. Réduire les hospitalisations inutiles des personnes âgées permet de diminuer les risques iatrogènes, dénutrition, apparition d'escarres, infections, ou encore perte d'autonomie. Le recours au centre 15 par l'IDE en EHPAD, qui entraînait un transfert systématique de la personne âgée vers les urgences, a diminué. Lorsque l'hospitalisation est nécessaire, d'autres procédures prévoient l'admission du résident directement dans le service de médecine ou chirurgie concerné. Les risques induits par l'attente aux urgences, chez ces sujets fragiles, sont limités et la surcharge des services d'urgences réduite<sup>88</sup>. Comme le traduit la SNS, « *la surreprésentation des personnes âgées dans les urgences hospitalières illustre la mauvaise articulation entre le sanitaire et le médico-social*<sup>89</sup> ».

Un DS a initié une « *commission des parcours patients et des admissions non programmées* » au sein de la direction commune. Elle réunit les directeurs d'hôpital, le DS (également directeur de la qualité et GDR), les présidents de CME, le médecin coordinateur de l'EHPAD, les chefs de pôle et l'encadrement de médecine, chirurgie, gérontologie et services des urgences, une assistante sociale et un médecin généraliste externe à la direction commune. La procédure aboutie permet une meilleure organisation des admissions, des parcours patients fluidifiés et une plus grande anticipation des sorties.

Un autre DS nous expliquait également que « *ces rencontres ont permis aux IDE du CH S. d'organiser les sorties des personnes âgées vers l'EHPAD en dehors de midi et deux...elles ne savaient pas que l'IDE de cet EHPAD travaillait en horaires coupés et n'était donc pas présente le midi* ». Ainsi, l'articulation entre les équipes des différentes structures permet d'organiser la sortie du CH, de chaque personne âgée, de façon concertée. Les équipes s'assurent systématiquement auprès de la structure d'accueil, de la faisabilité du retour (en termes de disponibilité de traitement et de charge en soins) et vérifient les éléments nécessaires à la sortie, tels le compte-rendu de sortie, la fiche de transmissions IDE, la prescription médicale sur ordonnance, voire les traitements prescrits fournis pour une durée de 24 heures. Certaines procédures précisent également la conduite à tenir par les équipes hospitalières, vis-à-vis de la structure d'amont, lors du décès de la personne au sein du CH.

Les DS précisent que les pôles gériatriques sont souvent les seuls à avoir leur homologue d'un établissement à l'autre. Les échanges entre les personnels en sont

---

<sup>88</sup> Pr CARLI P., Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des urgences

<sup>89</sup> Stratégie Nationale de Santé, p.17

facilités. « *Le directeur a recruté un D3S pour diriger à la fois l'hôpital local de L. et l'EHPAD de B. ... Le CSS de L. s'est alors naturellement rapproché de l'EHPAD de B...Maintenant, l'IDE de B. qui a suivi une formation « plaies et cicatrisation » intervient sur L. pour les pansements complexes »*. La déclinaison opérationnelle d'un projet médical commun au sein de la direction commune pourrait idéalement se traduire ainsi, par la mise en place de pôles inter-hospitaliers ou pour le moins un découpage polaire permettant des interactions plus aisées d'un pôle à l'autre.

Nous avons noté que les échanges entre les différentes structures de la direction commune s'étendent à d'autres. Un président de CME nous explique « *qu'au départ, seuls les directeurs, les présidents de CME, les chefs de pôle, les DS et l'encadrement des structures gériatriques de la direction commune se rencontraient pour améliorer les prises en charge ... l'année suivante, les directeurs des autres EHPAD, hors direction commune, les ont rejoint* ». La direction commune a permis une organisation, concertée et articulée, des transferts des personnes d'une structure à l'autre. « *Les différents acteurs finissent par se connaître et chacun peut ainsi parler de la structure d'accueil, d'aval ou d'amont, au patient* ». Un DS nous confie que « *les patients pensent être pris en charge par un même et unique établissement comprenant plusieurs sites, ils ne subissent pas la politique différente, qui existe parfois, d'une structure à l'autre* ». Par ailleurs, dans les directions communes pour lesquelles chaque établissement bénéficiait d'une unité de SSR, une nouvelle organisation a été mise en place afin d'optimiser les possibilités offertes par les locaux. Ainsi, sur le CH de B., le SSR n'accueille que les patients issus des services de médecine du CH et de l'HL de L., et le SSR de L. reçoit les patients de chirurgie des deux sites.

La consolidation des filières de soins gériatriques améliore la qualité des prises en charge grâce à la concertation des acteurs au sein de la direction commune et la complémentarité des différentes structures d'accueil. La coordination des parcours de soins nécessite une supervision transversale sur l'ensemble des structures que le DS peut assurer en complémentarité des équipes médicales. Le DS peut donc jouer ce rôle de « coordinateur » abordé en première partie, en particulier entre les secteurs sanitaire et médico-social au sein d'une direction commune, puisque la moitié d'entre elles implique un ou plusieurs EHPAD.

Cependant, seul un exemple cité, montre une ouverture vers les partenaires extérieurs pour une filière de territoire. Aucun des professionnels interrogés n'a évoqué les structures de coordination du parcours des personnes âgées, tels les CLIC, l'HAD, les MAIA, les SSIAD... De même, les médecins généralistes, qui interviennent pourtant au

quotidien dans les EHPAD et hôpitaux locaux, et qui jouent un rôle prépondérant dans la coordination des parcours de soins, ne sont cités qu'à une seule reprise. Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, le rôle des médecins de ville, qui sont également les médecins « adresseurs », est essentiel. Leur adhésion dans de nouvelles organisations est à rechercher, à la fois pour une meilleure coordination des prises en charge, mais aussi pour ne pas prendre le risque de voir le flux patients s'orienter vers d'autres structures. Les contrats locaux de santé, positionnés à l'interface entre les politiques de la ville et les politiques de santé, ne sont également mentionnés que par un seul DS.

### **2.2.7 Les particularités de la fonction de directeur des soins au sein d'une direction commune**

Depuis la création, en 1975<sup>90</sup>, du statut d'infirmier général, renforcé en 1991<sup>91</sup> par l'obligation de créer un service de soins infirmiers dans chaque établissement, l'infirmière générale est devenue « directeur ». Le décret de 2002<sup>92</sup> officialisera la création du corps de DS dont les missions, à la fois stratégiques et opérationnelles, évoluent encore avec la réorganisation des hôpitaux en pôles et la loi HPST. Les coopérations devenues nécessaires modifient-elles pour autant les contours de la fonction du DS ?

Comme vu en amont, le positionnement des DS enquêtés est clarifié par l'existence d'un organigramme qui les place sous l'autorité hiérarchique directe du directeur général de la direction commune. Cependant, selon l'organisation interne des directions communes, le DS peut avoir pour interlocuteur direct, sur les autres structures, le directeur de site. Pour les deux DS, également en charge de la direction de la qualité et de la GDR, leur entrée au sein des autres structures de la direction commune s'est faite naturellement par le biais des actions à mener dans le cadre de la certification ou des évaluations interne ou externe. Un directeur d'hôpital précise ainsi « *je n'aurais pu mener la certification du SSR seul, j'avais besoin de son expertise dans le domaine des soins* ». Les DS assurent une mission de soutien, d'aide méthodologique, d'expertise et de conseils auprès de tous les établissements de la direction commune. Leur collaboration avec les directeurs d'établissements est étroite. Deux DS expliquent qu'ils ne peuvent « *faire ingérence et qu'ils n'interviennent qu'à la demande du directeur de site* ». Nous avons ainsi noté, l'ambiguïté, parfois existante, sur le positionnement du DS qui, au sein d'une direction commune, est à la fois nommé DS des différentes structures, mais doit

---

<sup>90</sup> Décret n°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux des établissements d'hospitalisation publics

<sup>91</sup> Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>92</sup> Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

négocier avec le directeur de site pour participer, par exemple, à la construction du projet de soins. D'autres DS se sont appuyés sur le directeur de site, porteur de l'histoire de la structure, pour susciter l'adhésion première de l'encadrement. Il est à noter que bon nombre de structures concernées par une direction commune, sont de petite taille, avec un ancrage local particulier dont il est nécessaire de tenir compte. Quant aux directeurs d'hôpital, ils déclarent que *« la place des DS au sein d'une direction commune se complexifie »*. Ils attendent du DS la conduite de projets dans la transversalité, l'accompagnement des nécessaires réorganisations des soins et la lutte contre la balkanisation des pôles et des différentes structures. Un des trois directeurs insistera sur le fait que le DS doit manager les soignants, mais aussi, les équipes médicales. *« Certes, le binôme DS/président de CME est primordial, mais le DS connaît bien les médecins pour avoir travaillé longtemps avec eux en tant qu'IDE... Dans une direction commune, il a un rôle important à jouer auprès des différentes équipes médicales en se positionnant en tant que directeur »*. Pour les structures sans direction de site, les DS travaillent directement avec l'encadrement.

Tous les DS interrogés évoquent *« la peur du petit établissement d'être absorbé, phagocyté, par le plus gros, et la crainte du plus gros de devoir tirer des boulets »*, lors de la mise en place de la direction commune. Ils mettent l'accent sur la nécessaire adaptation des uns aux autres dans laquelle le DS joue un grand rôle, en termes de communication et de lien grâce à un regard transversal sur l'ensemble des structures. *« Il est nécessaire de bien dire et répéter que la coopération se situe dans le registre du gagnant-gagnant afin que chacun joue la carte de la complémentarité »* ou encore, *« il faut être très prudent pour ne pas être vécu comme le gros qui donne des leçons au petit »*. Cependant, tous confirment qu'ils sont, à ce jour, considérés comme le DS de chacun des sites et que *« leur leadership vis-à-vis de la communauté soignante est réel, la connaissance mutuelle ayant levé les résistances »*. Pour cela, la confiance (terme relevé dans tous les entretiens) établie entre le DS et l'encadrement est essentielle. Elle se construit grâce au temps équitable, au moins dans les débuts, passé sur chacune des structures, le soutien et les réponses apportés à l'encadrement en situation difficile, *« je ne délègue pas le sale boulot »*. Cependant, les DS notent que cette confiance est majorée si les missions des uns et des autres sont clairement énoncées en amont. Savoir fédérer et déléguer est primordial pour un fonctionnement harmonieux et la mise en place progressive d'un management à distance qui *« limite les déplacements chronophages et favorise l'autonomie des cadres »*. Les DS se disent rester très vigilants afin qu'aucune structure ne ressente un sentiment d'abandon. Pour deux directions communes, l'arrivée du DS a été très bien accueillie par le second site car sa fermeture était envisagée par l'ARS, avant la mise en place de la direction commune. Deux autres DS pensent que leur

intégration sur les différentes structures a été facilitée, exerçant auparavant sur la structure la moins importante de la direction commune.

Tous les DS s'accordent à dire que leur exercice professionnel s'est trouvé largement enrichi au sein de la direction commune, que « *c'est une véritable opportunité pour un DS* ». Ils sont amenés à diversifier leur mode de management selon chaque structure, son histoire, son identité, ses besoins, ses attentes et selon les équipes mises en place. L'exercice au sein de plusieurs établissements a élargi leur champ d'actions en termes de responsabilité et donc de prises de décision. Ils relèvent tous l'intérêt de l'ouverture vers l'extérieur de l'hôpital et le médico-social. « *J'ai beaucoup appris de la philosophie du médico-social* ». Ils disposent d'éléments nouveaux de prise en charge qu'ils peuvent transposés. La coordination du parcours du patient ne s'exerce plus seulement au sein de l'établissement, mais entre les différentes structures. Pour les DS issus de la plus petite structure, « *c'est une chance de passer à une dimension supérieure avec une vision plus stratégique* ». Pour d'autres, travailler avec les équipes de structures plus petites est « *une réelle respiration... à C., je suis un peu leur CSS, ça me fait du bien d'être plus proche du terrain, dans l'opérationnel* ». Le travail en équipe de DS, au sein des cinq directions communes qui comprennent plus d'un DS, est également enrichissant. « *C'est un peu comme l'entraide et le partage entre DS au sein d'un CHU...on s'inspire des connaissances et de l'expérience de l'autre pour avancer, on est moins seuls* ».

Chaque coopération reste donc singulière, mise en œuvre dans un contexte particulier. La plus-value de la direction commune pour l'efficacité économique et pour l'optimisation des prises en charge, résulte du sens que lui confèrent et lui reconnaissent volontairement les membres qui la composent. En se construisant pour le bénéfice de l'utilisateur, les relations à créer, puis à entretenir, reposent sur un grand nombre d'acteurs. La connaissance entre ces différents acteurs au sein de la direction commune favorise la reconnaissance réciproque des expertises de chacun et ouvre la porte à la confiance mutuelle. Cette confiance, si souvent citée par les personnes interviewées, est le socle d'une coopération réussie et nécessite du temps, vouloir aller trop vite nuit à toute collaboration. Par ailleurs, l'équilibre entre chaque acteur et le partage d'objectifs choisis collectivement, constituent les prérequis et les facteurs de réussite dans une dynamique de coopération, qui se construit souvent lorsqu'une, ou les institutions, sont fragilisées. Tout en préservant leur mode spécifique de prise en charge, le DS peut conjuguer leurs compétences afin d'organiser leur complémentarité au service du parcours des usagers. C'est également le moyen d'assurer le développement de petites structures, voire leur

pérennité, et donc de favoriser l'accessibilité aux soins sur une partie du territoire. Ainsi, l'exercice du DS au sein d'une direction commune présente des contraintes et des freins organisationnels certes, qui nécessitent de prioriser, déléguer, afin de trouver des modalités de fonctionnement adaptées aux attentes et besoins de chacun, et de cibler donc ce qui est important stratégiquement de travailler ensemble. Cependant, c'est aussi pour le DS une réelle opportunité, à la fois pour améliorer la qualité des prises en charge, des personnes âgées en particulier, professionnaliser les équipes, et pour élargir et diversifier ses responsabilités. Le positionnement des DS avait évolué, avec la mise en place des pôles d'activités, vers une fonction de coordination plus transversale. L'exercice au sein d'une direction commune amplifie encore ce rôle de coordination entre les différentes structures.

### **3 Le directeur des soins au sein d'une direction commune**

Les apports théoriques couplés à l'analyse des résultats de notre enquête nous conduisent à proposer quelques préconisations pour notre future fonction de directeur des soins au sein d'une direction commune. Nous avons souhaité mettre l'accent sur certains éléments, qui à notre sens et après réflexion, viennent compléter les pistes d'actions déjà évoquées dans le chapitre précédent. Ces préconisations s'articulent autour de trois axes, se positionner, décloisonner et communiquer. Nous déclinons des actions stratégiques, de coordination et opérationnelles issues de ces trois orientations choisies.

#### **3.1 Se positionner**

En amont de tout projet et afin d'adopter une stratégie adaptée, il nous paraît nécessaire de clarifier à la fois, la situation des différentes structures signataires de la direction commune sur un territoire, mais également de préciser notre propre positionnement au sein de cette organisation particulière.

##### **3.1.1 Les caractéristiques du territoire concerné et les éléments de planification**

Chaque coopération se réalise dans un contexte particulier, il est donc nécessaire de connaître l'environnement dans lequel nous exerçons.

Dans un premier temps, il nous paraît intéressant de choisir un découpage territorial pertinent, selon la situation géographique de la direction commune : régional, départemental ou territorial. Selon le territoire déterminé, une étude des besoins en santé de la population et ses particularités est réalisée en nous appuyant sur les sites internet, tels celui de l'INSEE<sup>93</sup>, ou encore celui de l'observatoire régional de santé. Les éléments obtenus, indicateurs démographiques, causes médicales des décès, taux et causes de la mortalité prématurée... donnent une photographie du volume, de l'âge et des besoins de la population ciblée. Par ailleurs, une analyse de l'environnement et de l'offre de soins existante, publique et privée, sanitaire et médico-sociale, permet de cibler les orientations vers lesquelles il faut tendre, en lien avec les orientations stratégiques de la politique de santé en région présentées dans le PRS et déclinées dans le SROS et le SROMS. Une rencontre avec le conseiller technique régional de l'ARS, ou ses collaborateurs de la délégation territoriale, et le conseil général, nous permet de préciser ces orientations. Les échanges sur les actions menées sur la région, concernant le parcours des usagers par exemple, nous permettent de capitaliser sur les expériences réussies et sur les difficultés rencontrées.

---

<sup>93</sup> [drees.sante.gouv.fr/STATISS](http://drees.sante.gouv.fr/STATISS)

Enfin, les caractéristiques de chaque établissement concerné par la direction commune sont à déterminer : le type et le volume d'activités, le nombre de lits et places, les taux d'occupation, les types de séjours, les résultats financiers, les effectifs médicaux, soignants et cadres, les coopérations existantes, les parts de marché, le taux de fuite, la démographie des professionnels de santé, le climat social... Nous pouvons nous appuyer sur le projet d'établissement, en particulier le projet médico-soignant, le bilan social, mais aussi sur les contrats de pôle, les rapports d'activités, voire le projet médical de territoire si l'établissement adhère à une CHT. Nous nous adressons également au responsable du département de l'information médicale pour le recueil de ces informations, issues du programme de médicalisation des systèmes d'information, et leur interprétation. Dans le cas contraire, le site internet de l'ANAP, par exemple, nous propose des outils<sup>94</sup> auxquels nous pouvons nous référer. Une analyse SWOT<sup>95</sup> pour chacune des structures permet de les positionner dans un environnement donné, de les comparer et de préciser les complémentarités possibles au regard des besoins énoncés en amont, et de la cartographie de l'offre de soins. Par ailleurs, nous nous intéressons aux médecins libéraux et autres partenaires extérieurs de coordination avec lesquels nous pourrions collaborer, tels les SSIAD, les CLIC, les MAIA ou encore les réseaux de santé et les contrats locaux de santé.

Cet état des lieux réalisé nous permet d'avoir une vision globale du territoire sur lequel nous exerçons et une connaissance des structures qui composent la direction commune. Il nous semble important, ensuite, de clarifier notre positionnement au sein de la direction commune.

### **3.1.2 La place du directeur des soins**

La convention de direction commune et le nouvel organigramme dont elle fait l'objet, sont les premiers outils qui permettent de définir le périmètre de la direction commune. Comme nous l'avons vu précédemment, le DS est généralement placé sous l'autorité hiérarchique directe du directeur général de la direction commune. Une charte de fonctionnement de la direction commune peut être annexée à cette convention<sup>96</sup>. Des fiches de poste peuvent également formaliser le rôle et le champ de compétences de chacun. Cependant, il est incontournable de définir, avec le directeur général, ses attentes à l'égard de la direction des soins. Il est également nécessaire de préciser les structures sur lesquelles nous sommes nommé, notre positionnement au sein de l'équipe de direction, la responsabilité de la direction de la qualité et de la GDR, la participation aux instances et aux comités de direction des différents établissements, voire aux instances communautaires dans le

---

<sup>94</sup> Hospidiag

<sup>95</sup> Strengths Weaknesses Opportunities Threats ou Forces Faiblesses Opportunités Menaces

<sup>96</sup> Cf partie 2-2-5, p. 29

cadre d'une CHT, l'absence de relation hiérarchique avec les directeurs d'établissements, sous quelle autorité hiérarchique sont positionnés les cadres des différentes structures. Tous ces éléments sont, à notre sens, fondamentaux pour pouvoir se fixer des priorités, pour se positionner là où nous sommes attendus mais aussi, là où nous souhaitons être, pour clarifier et légitimer nos interventions sur les autres structures. Toute action ne pourra être envisagée qu'avec le soutien de la direction générale. Un temps d'échanges avec le, ou les, présidents de CME et les professionnels libéraux intervenant directement ou indirectement sur les établissements est à organiser. Pour se faire, il est nécessaire de s'appuyer sur les équipes médicales en place et les médecins coordinateurs en EHPAD pour cibler les personnes à solliciter. Une rencontre avec chacun des directeurs fonctionnels et des directeurs d'établissement permet de préciser leurs attentes et l'organisation mise en place, à la fois, en lien avec la direction commune, mais aussi sur chacun des sites.

La rencontre avec chaque responsable de site, directeur d'hôpital ou cadre de santé, et le responsable médical, nous permet de déterminer les attentes et les besoins propres à chaque structure, tout en débutant le travail de connaissance et reconnaissance mutuelles, indispensable pour instaurer des relations de confiance. Le respect, l'écoute, la compréhension des contraintes et la prise en compte des ressources des acteurs, sur les différents établissements nous aideront à donner confiance et à faire confiance. Ces interlocuteurs privilégiés détiennent la connaissance historique de la structure ce qui nous permettra toute la prudence nécessaire pour le respect de son identité et adapter notre management au contexte, tout en gardant une ligne managériale commune pour l'ensemble des établissements. Ceux sont ces personnes ressources qui nous éclairent sur l'existant, en termes de coopération ou de mutualisation, nous facilitent l'entrée dans l'établissement, ou peuvent la freiner. Ils représentent donc un maillon essentiel entre la direction des soins et les équipes paramédicales. Nous pouvons aussi identifier un responsable médical dont la légitimité est reconnue par ses pairs, pour nous aider dans la construction de ces liens.

Les relations avec l'encadrement paramédical des différentes institutions de la direction commune nous permettent d'être bien informé des problématiques du terrain et pouvoir jouer notre rôle de relai et conseil auprès du directeur général. Nous devons nous attacher à professionnaliser l'encadrement en l'aidant à occuper pleinement sa place, celle d'un cadre supérieur de pôle, tout comme celle d'un cadre au sein d'un EHPAD. Les missions des cadres doivent être clarifiées à travers leur fiche de poste, et les attendus formalisés car nous ne pourrions ajuster au quotidien, directement sur site, la distance qui sépare certains établissements devenant trop chronophage, voire coûteuse. Ainsi, préserver ou encourager l'autonomie de l'encadrement est un véritable enjeu car nous avons besoin de relais fiables sur chacune des structures de la direction commune et

pensons que cette autonomie est, par ailleurs, source d'épanouissement pour nos équipes. La diversité des attentes et des besoins, des uns et des autres, complexifie notre rôle mais contribue également à la richesse de notre métier. Le management des équipes cadres nous permet d'avoir une vision globale sur l'ensemble de la direction commune, ce qui limite la balkanisation dommageable pour le parcours du patient et favorise la cohérence institutionnelle, mais aussi « interinstitutionnelle ». Cet accompagnement nous donne la possibilité de donner du sens, aux yeux des professionnels du terrain, aux changements parfois rendus nécessaires et liés à la restructuration de l'offre de soins. Ces rencontres nécessitent donc d'y consacrer le temps nécessaire, sans vouloir aller trop vite, afin que tout le travail d'adaptation des uns aux autres se construisent sur des bases saines, propices à la collaboration.

L'ensemble de ces actions permet de définir stratégiquement les objectifs prioritaires selon les besoins des usagers définis par les tutelles, ARS et conseil général, mais également en fonction de l'offre de soins proposée par les acteurs libéraux et ceux exerçant au sein de la direction commune. Membre de droit au directoire, nous conseillons le directeur général de façon éclairée sur les coopérations réalisables et favorisons une certaine cohérence des processus de prise en charge quelle que soit la structure de la direction commune, en tenant compte des actions réalisées par le passé et en cours.

## **3.2 Décloisonner**

Notre appartenance à l'équipe de direction, notre responsabilité à l'égard de l'encadrement et des paramédicaux et notre collaboration quotidienne avec les équipes médicales nous positionnent comme une pièce maîtresse dans la communication entre ces trois mondes, administratif, soignant et médical. Nous nous situons à l'interface de plusieurs acteurs et avons donc un rôle majeur à jouer pour favoriser lien et cohérence entre tous, dans l'établissement, mais aussi au sein de la direction commune. Pour ce faire, nous pouvons actionner certains leviers pour décloisonner l'ensemble.

### **3.2.1 Les personnes ressources, vecteurs naturels de lien entre les structures**

Comme nous l'avons vu lors de l'analyse des entretiens, le médecin ou l'infirmière hygiéniste, tout comme le qualité, sont des personnes fréquemment mutualisées au sein d'une direction commune. Les solliciter afin d'organiser la journée nationale « Mission mains propres », voire la semaine nationale de la sécurité des patients, favoriserait le partenariat entre les différentes structures. En effet, ces opérations

fortement soutenues par la DGOS<sup>97</sup> sont maintenant connues des professionnels qui y participent de manière croissante. Ces actions fédératrices nous permettraient à la fois de souligner leur engagement dans la qualité et la sécurité des soins, de rassembler à la fois patients, usagers et professionnels de santé des différentes structures et ainsi d'améliorer la communication entre soignants et soignés par le biais d'actions d'information et de sensibilisation. La France participe depuis 2009 à la journée mondiale sur l'hygiène des mains. Dans le cadre d'une direction commune et de notre volonté d'élargir le partenariat avec les professionnels libéraux, nous souhaitons saisir l'opportunité de cette campagne, qui, centrée sur les établissements sanitaires et médico-sociaux dans un premier temps, s'élargit à l'ambulatoire et aux acteurs de la prise en charge des soins de ville. Il en va de même pour la semaine de la sécurité des patients, qui en 2014, s'intitule « ensemble, engageons-nous pour des soins continus entre la ville et l'hôpital ». Cette quatrième édition s'inscrit dans cette volonté de coordonner les professionnels de santé pour la sécurité des patients en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social. Il serait intéressant d'ouvrir ces rencontres à l'ensemble des personnels de la direction commune. Selon les priorités des établissements de la direction commune, nous pouvons cibler un thème tel le circuit du médicament ou le partage des informations entre les différents acteurs de santé. Pour ce faire, nous pouvons nous appuyer sur le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes qui soutient toute initiative en mettant à notre disposition affiches et flyers, et en proposant de signaler les manifestations programmées sur le site du ministère afin qu'elles soient lisibles et connues de tous<sup>98</sup>. Pour novembre 2014, la DGOS soutient également des « cafés Semaine Sécurité Patients » dans six régions différentes dont l'objectif est l'organisation d'un temps d'échanges avec les usagers, animé par les acteurs de santé locaux et un représentant de la DGOS. Ces actions seront évaluées selon l'implication des personnels de chaque structure au sein de la direction commune, mais aussi en fonction de la participation des usagers.

D'autres actions peuvent être envisagées afin d'impliquer et rapprocher l'ensemble des structures de la direction commune, au profit de la qualité des prises en charge et la sécurité des soins. Dans le cadre de la réalisation de notre mission EHESP Conseil, dont l'objectif était la conception du projet médico-social de la direction commune, nous avons sélectionné la fiche action n°7 pour illustrer nos propos. Elle s'intitule « Sécuriser le circuit du médicament en EHPAD ». Ses objectifs, les actions et leurs indicateurs de suivi sont présentés en annexe<sup>99</sup>. Nous l'avons élaborée suite aux rencontres avec les directeurs

---

<sup>97</sup> <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp.html>

<sup>98</sup> Instruction n° DGOS/PF2/2014/216 du 10 juillet 2014 relative à l'organisation de la semaine de la sécurité des patients 2014

<sup>99</sup> Cf annexe n°4, Sécuriser le circuit du médicament dans les EHPAD, p.VII

d'hôpital et d'EHPAD, les pharmaciens hospitaliers et d'officine, les médecins coordonnateurs en EHPAD et médecins traitants des résidents, les cadres de santé et les soignants. En nous appuyant sur l'existant et sur les différentes ressources internes de la direction commune, les acteurs concernés des CH, ceux des EHPAD et ceux de la ville, vont collaborer afin d'améliorer la sécurité liée aux traitements médicamenteux de la personne âgée. La mobilisation de l'ensemble des professionnels concernés permet de construire un projet durable au sein de la direction commune et d'anticiper sur les difficultés et les freins propres à chacun.

### **3.2.2 Des outils au service du décloisonnement**

Nous avons vu, au cours des entretiens réalisés, qu'il est important de respecter à la fois l'identité de chaque structure, mais aussi le rythme de chacun. Cependant, il nous semble plus qu'opportun, de construire avec l'encadrement et les personnels paramédicaux un socle commun de valeurs partagées, et ce peu de temps après notre prise de poste. Certes, les projets de soins de chaque établissement de la direction commune ne sont pas à élaborés aux mêmes dates. Pour autant, il nous apparaît essentiel de poser les bases de notre management en affichant, aux yeux de tous, une ligne managériale, unique sur l'ensemble des structures, qui recentre systématiquement le patient, ou le résident, au cœur de nos priorités. Selon la taille, le nombre et la distance qui sépare les différentes structures, il est nécessaire d'organiser des rencontres, communes ou particulières, avec l'encadrement, afin de s'accorder sur les valeurs professionnelles qui nous animent. Cette préconisation nous semble une priorité pour trouver un équilibre entre la qualité du service rendu, l'efficacité des organisations et le bien-être au travail des professionnels de santé.

L'idéal est bien évidemment de tendre vers l'élaboration d'un projet médico-soignant unique dans la direction commune, construit par tous, connu de tous, compris par tous, fil conducteur de tous. Là encore, selon notre lieu d'exercice, une évaluation de l'existant est nécessaire afin de tenir compte des expériences réussies, des difficultés rencontrées et des projets en cours. Pour autant, nous avons un rôle à jouer pour faire du parcours, des sujets âgés en particulier, un objet de rencontre et de collaboration des différents professionnels au sein de la direction commune. Ainsi, un des axes du projet médico-soignant peut être commun, résultant d'un consensus réel et défini en partenariat avec les autres DS qui peuvent exercer au sein de la direction commune, l'encadrement et la communauté médicale, présidents de CME et médecins coordonnateurs en EHPAD en particulier, afin d'optimiser la coordination des parcours des personnes âgées. La mise en œuvre d'une filière de soins gériatriques peut être proposée si elle n'existe pas déjà. A

l'image de ce que nous avons élaboré dans le cadre de notre mission EHESP Conseil<sup>100</sup>, il nous semble prépondérant de formaliser le parcours des sujets âgés au sein de la direction commune, afin de limiter les hospitalisations et le passage par les urgences, de fluidifier la filière aval et améliorer l'accompagnement des prises en charge spécifiques. La CSIRMT nous semble l'instance la plus adaptée pour favoriser les échanges au sein de la communauté soignante, pour initier une réflexion autour de nos valeurs professionnelles et des priorités que nous nous fixons pour améliorer le parcours des personnes âgées. Afin de favoriser l'appropriation de cet axe de travail par l'encadrement et les soignants, nous pouvons, en collaboration avec le directeur des ressources humaines définir un programme de formation. En effet, dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), des axes nationaux prioritaires sont définis pour les établissements de santé. Pour 2014<sup>101</sup> et 2015<sup>102</sup>, des programmes nationaux de DPC sont ainsi consacrés au programme national pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), ou encore s'intitulent « aux interfaces ville-hôpital : la sortie du patient hospitalisé ».

L'amélioration de la qualité de la coordination des parcours du sujet âgé porte également sur le partage d'informations et de transmissions formalisées sur des supports harmonisés. Le dossier du patient est un élément essentiel pour une prise en charge continue, sans ruptures, ni redondances. Son exhaustivité permet également un meilleur codage des actes réalisés, non négligeable dans ce contexte financier contraint. Nous nous assurons de la pertinence des informations et des transmissions contenues dans le dossier de soins. Dans l'hypothèse de l'absence d'un dossier médical unique et partagé au sein de la direction commune, nous nous attachons à rendre accessible les données qui permettent la continuité de la prise en charge à la sortie de l'hôpital sous la forme d'une fiche de liaison. En effet, comme vu précédemment, la qualité de l'information fiable et partagée en temps réel est un gage de sécurité et limite les redondances inutiles et coûteuses. L'harmonisation des SIH au sein d'une direction commune est un réel enjeu en termes de qualité et sécurité des prises en charge, mais qui nécessite des moyens financiers non négligeables. Nous participons à la réflexion stratégique qui peut être menée s'il est nécessaire de choisir des outils de communication entre les logiciels existants au sein de chaque structure, au regard de leur opérationnalité pour les utilisateurs soignants. De plus, nous veillons à la formation des professionnels lorsque de nouveaux logiciels sont implantés. Par ailleurs, nous favorisons le déploiement du dossier

---

<sup>100</sup> Cf annexe n°5, Faciliter le parcours des personnes âgées, mission EHESP Conseil, p.X

<sup>101</sup> Circulaire DGOS/RH4 n°2013-295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH, annexes 16 et 20

<sup>102</sup> Instruction n° DGOS/RH4/2014/238 du 28 juillet 2014 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH, annexes 24 et 28

médical personnel (DMP) en EHPAD. Dans le cadre de la SNS, Madame la Ministre de la santé Marisol TOURAINE a annoncé, en octobre 2012, la relance du projet avec un « DMP de deuxième génération », orienté vers les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques. Nous sollicitons l'encadrement, les médecins coordonnateurs en EHPAD et les médecins généralistes afin d'informer le résident sur ses droits et de recueillir son consentement. Différents supports de communication du DMP, brochures d'information pour le résident et ses proches et affiches, peuvent être commandés gratuitement<sup>103</sup>. Le conseil de la vie sociale peut aussi être un bon relai de communication auprès des résidents, des familles et des professionnels de l'EHPAD. Quant au dossier de liaison d'urgence (DLU) obligatoire en EHPAD depuis 2008<sup>104</sup>, il doit être tenu à jour pour chaque résident et être accessible 24h sur 24 à tous les médecins intervenant en urgence en EHPAD. Nous nous assurons par l'intermédiaire de l'encadrement et du médecin coordonnateur que les DLU font l'objet d'une actualisation, si nécessaire, par le médecin traitant du résident.

L'évaluation de cet objectif est réalisée à travers la diminution du nombre de passages aux urgences du sujet âgé, l'évaluation des questionnaires de satisfaction des patients et résidents, l'analyse des déclarations d'évènements indésirables, la diminution de la durée moyenne de séjour des patients de plus de 75 ans en MCO ou SSR, le nombre de professionnels formés à la coordination des parcours, le nombre de DMP ouverts pour les résidents d'un EHPAD. Par ailleurs, un audit réalisé par l'encadrement sur plusieurs dossiers de soins permet d'en évaluer la qualité, la grille d'audit pouvant être construite en lien avec les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS)<sup>105</sup>. Nous pouvons en particulier nous baser sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur et du risque d'escarre et sur le dépistage des troubles nutritionnels.

Le partage d'objectifs communs au sein de la direction commune est en faveur de la qualité et continuité des prises en charge. Le patient, pour qui l'ensemble des professionnels œuvre au quotidien, est le dénominateur commun, qui permet de rassembler les acteurs de santé. C'est également selon nous, une source de motivation pour les personnels, non négligeable dans ces configurations nouvelles pour tous, parfois déstabilisantes. L'implication des soignants permet ainsi que la coopération ne soit pas vécue comme une décision imposée hiérarchiquement, sans véritable sens pour le patient ni pour eux-mêmes. Au contraire, leur intégration dans une logique « inter-

---

<sup>103</sup> <http://www.dmp.gouv.fr/e-doc.ps>

<sup>104</sup> Circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/DGAS/DDSC/DGT/DUS/UAR/2008/156 du 13 mai 2008 dans le cadre du Plan Canicule

<sup>105</sup> Liste des 20 IPAQSS à diffusion publique obligatoire pour 2014, JO du 21 février 2014

établissements » contribue à améliorer le parcours de soins des patients et résidents, mais aussi à limiter leur sentiment d'isolement, en s'ouvrant sur d'autres structures. Nous pouvons au sein d'une direction commune être un élément moteur dans le décloisonnement des structures et l'amélioration de la coordination entre les acteurs, en favorisant la communication pour donner du sens aux choix institutionnels.

### **3.3 Communiquer**

La direction commune peut améliorer la qualité de la prise en charge grâce à des actions coordonnées entre les différentes structures et les autres acteurs de santé du territoire. Cependant ce rapprochement, qui n'est certes pas une fusion, peut être à l'origine de résistances aux changements, d'absence d'implication, voire de conflits sociaux, face à la nécessaire collaboration des acteurs. La complémentarité recherchée implique en effet une confrontation des différentes cultures, valeurs et pratiques de chacun. Nous pensons que la communication représente un enjeu majeur pour le DS pour lutter contre les clivages naturels et ainsi réussir la construction de projets communs.

#### **3.3.1 Favoriser la communication au sein de la direction commune**

Comme nous l'avons citée précédemment, la CSIRMT peut constituer un espace d'échanges au service des professionnels cadres, paramédicaux et aides-soignants, afin de partager sur leurs pratiques professionnelles. Nous pouvons organiser une rencontre des membres des différentes CSIRMT si la direction commune comprend plusieurs établissements sanitaires, voire envisager une CSIRMT unique au sein de la direction commune. L'objectif serait de favoriser la création de liens entre les professionnels des différentes structures et mutualiser les expériences développées afin que chacun vienne puiser l'outil dont il a besoin. La CSIRMT nous donne aussi l'occasion d'expliquer à nouveau les enjeux de la direction commune pour la qualité de la prise en charge des patients et de rassurer les équipes, ce qui semble incontournable au regard des propos recueillis lors de nos entretiens. La présence et la participation d'un représentant de la communauté médicale à la CSIRMT viennent renforcer le concept de prise en charge globale souhaitée pour le patient. De même, la participation d'un membre de la CSIRMT aux sous-commissions, à savoir le comité de lutte contre les infections nosocomiales et associées aux soins (CLIN), le CLUD ou encore le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN), qui sont naturellement transversales, va dans le sens de cette collaboration nécessaire entre les professionnels. Les premières rencontres peuvent faire l'objet de la présentation, par l'encadrement et les soignants, de leur structure respective afin de débiter le travail initial de connaissance et reconnaissance des uns par rapport

aux autres, indispensable pour instaurer une confiance mutuelle. La valorisation des résultats positifs des coopérations existantes est alors à souligner. Nous pouvons ensuite engager une réflexion sur des thématiques transversales afin d'harmoniser les procédures et d'apporter davantage de cohérence et d'harmonie dans les prises en charge. Ces échanges assurent la construction collective d'un langage compris par tous. Par la suite, il nous semble que la CSIRMT est le lieu où nous pouvons communiquer, ou faire communiquer la communauté soignante, sur les actions réalisées en partenariat avec les différentes structures. C'est pour le DS l'occasion de valoriser les initiatives de coopération entreprises afin d'entretenir la motivation des équipes pour poursuivre les collaborations. Nous communiquons sur ces initiatives également au sein des réunions de l'encadrement et nous soutenons l'encadrement et leurs équipes soignantes pour la publication d'un article au sein du journal interne des structures de la direction commune, voire dans une revue professionnelle.

Par ailleurs, un membre de la CSIRMT est élu au sein de cette instance pour faire partie du collège des représentants de l'établissement au sein du conseil de surveillance. Dans l'hypothèse d'une direction commune comprenant plusieurs établissements de santé, c'est également l'occasion pour ces élus, de faire un retour auprès des membres de la CSIRMT, sur les orientations stratégiques présentées au conseil de surveillance.

D'autre part, notre présence au conseil de vie sociale de, ou des EHPAD signataires de la convention de direction commune, nous permet également de réaffirmer les intérêts de la direction commune aux représentants des personnes accueillies et des familles. Nous pouvons également y recueillir les éléments sources de dysfonctionnement pour engager des actions correctrices.

Nous avons également un rôle fondamental à jouer en matière de communication auprès des représentants du personnel. Qu'il s'agisse des instances, telles que le comité technique d'établissement ou le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, ou encore de rencontres plus informelles, nous apportons les éléments nécessaires à la compréhension des nouvelles organisations mises en place. Encore une fois, il est fondamental d'expliquer les enjeux de la direction commune afin de rassurer sur les mutualisations envisagées, par exemple. Par ailleurs, la négociation est parfois incontournable pour trouver un compromis dans des situations conflictuelles. Elle implique alors des acteurs avec leur personnalité, qui mettent en œuvre stratégiquement des jeux de pouvoir, de coalition, de politique qui requièrent toute notre attention et analyse. L'écoute réservée aux représentants du personnel et notre expérience en organisations des soins, nous permettront de faire des propositions en comité de direction afin qu'une décision soit prise.

### 3.3.2 Communiquer avec les acteurs sur l'ensemble du territoire

La direction commune nous permet de « sortir des murs » de l'hôpital et ainsi de réduire l'hospitalo-centrisme en allant à la rencontre des professionnels des autres structures. Cependant, il nous semble essentiel de communiquer également avec les acteurs de l'ensemble du territoire pour réaffirmer l'existence et les projets de la direction commune, mais aussi, pour élargir encore, le partenariat, au profit de la qualité des prises en charge.

Ainsi, le livret d'accueil de chaque institution et son site internet peuvent préciser l'existence de la direction commune et le nom des structures qui la composent. Cette affichage aux yeux de tous, usagers et professionnels, assure une certaine reconnaissance de la convention signée et du partenariat souhaité. Par ailleurs, nous pouvons être force de proposition pour la mise en place d'une politique volontariste d'ouverture de la direction commune sur le territoire vers l'ensemble des acteurs de santé. Certes, un comité de pilotage et de suivi, associant à la fois des représentants de la direction et des communautés médicale et soignante, apparaît nécessaire pour soutenir cette démarche d'articulation entre le sanitaire, le médico-social, la ville et les usagers. Ce comité pourrait, par exemple, travailler sur une organisation nouvelle afin que les acteurs de la ville trouvent rapidement un correspondant efficace lorsqu'ils cherchent à contacter un médecin hospitalier ou autre interlocuteur pour le suivi d'un patient.

La conférence de territoire qui réunit les représentants des établissements publics et privés, des présidents de CME, des professionnels libéraux, des services et établissements sociaux et médico-sociaux, des réseaux de santé, des usagers et des conseils général et régional, est l'instance privilégiée de la concertation sur le territoire de santé. Elle contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux et le PRS. C'est un moyen d'expression à saisir par les acteurs de la direction commune car elle permet à la fois de réunir tous les acteurs locaux de santé, mais aussi de faire des propositions au directeur général de l'ARS en lien avec l'amélioration des parcours de soins par exemple. Le projet de loi relatif à la santé prévoit de remplacer les conférences de territoire par des conseils territoriaux de santé dont la vocation sera plus stratégique. En effet, ces instances deviendraient délibératives et non plus seulement consultatives<sup>106</sup>.

Par ailleurs, nous pouvons être à l'initiative, comme présenté en amont, de la semaine de la sécurité des patients, ou encore de la semaine du handicap, et ainsi, organiser des portes ouvertes à l'occasion de cette manifestation afin que les professionnels de santé de la direction commune, ou issus d'un autre secteur d'activités, et les usagers se rencontrent.

---

<sup>106</sup> Rapport Madame DEVICTOR B., mars 2014, « Le service public territorial de santé. Le service public hospitalier, Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé », p.11

Nous pouvons également proposer que le journal interne des établissements soit adressé aux professionnels libéraux, en particulier aux médecins généralistes, prescripteurs et donc « adresseurs » des patients. De même, l'envoi en mairie, dans les centres communaux d'action sociale (CCAS), les CLIC, les réseaux, les SSIAD, les HAD, les EHPAD...serait un moyen de faire connaître et de valoriser les projets réalisés au sein de la direction commune, auprès des usagers et des acteurs de la ville et du médico-social, mais aussi d'entretenir les liens. Nous pouvons nous appuyer sur les élus pour la promotion des coopérations engagées ou à venir auprès des citoyens.

Nous impulsions la mise en œuvre d'un comité de réflexion éthique au sein de la direction commune, voire territorial, à l'image des espaces de réflexion éthique régionaux<sup>107</sup>. L'idée serait de réunir tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient ou résident autour d'un questionnement éthique. Ainsi, la rencontre des représentants de chaque institution (médecins, soignants, cadres, psychologues, assistants sociaux...) et de personnes qualifiées extérieures au monde de la santé (philosophes, représentants des usagers et des cultes, juristes, sociologues...) permet écoute, partage d'expériences et conseils. Ces temps de réflexion autorisent chacun à prendre du recul vis-à-vis de situations difficiles et à confronter sa vision à celle des autres. De plus, ce comité éthique est une nouvelle occasion pour les professionnels de se connaître davantage, d'échanger sur des problématiques souvent similaires, au profit du développement d'une culture soignante commune à travers l'affirmation de nos valeurs. Le comité de réflexion éthique peut être à l'origine de l'organisation de formations inter-établissements sur des thèmes tels que la promotion de la bientraitance, les droits des patients en fin de vie.

Enfin, nous souhaitons également développer le partenariat avec nos pairs, directeurs d'instituts de formation. Nous les sollicitons afin de pouvoir, chaque année, rencontrer les nouvelles promotions d'étudiants qui entrent en formation. C'est l'occasion de nous présenter et de présenter les différentes structures qui composent la direction commune dans lesquelles ils réaliseront leurs stages. Les étudiants sont de grands vecteurs d'informations puisqu'ils découvrent plusieurs terrains de stage, en parlent entre eux et autour d'eux, avec toute la réserve à laquelle ils sont soumis. Par ailleurs, nous impulsions une réflexion partagée par l'ensemble des établissements de la direction commune sur la mise en place d'une politique d'accueil des stagiaires. Un groupe de travail, associant les professionnels du terrain (cadres, infirmiers tuteurs, aides-soignants) et ceux des instituts de formation, se questionne sur l'accueil, le tutorat et l'accompagnement des étudiants. Cette réflexion peut aboutir d'une part, à la signature d'une charte d'encadrement entre les établissements de la direction commune et les

---

<sup>107</sup> Instruction DGOS/MU/DGS/DDEAJ n°2012-124 du 20 mars 2012 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 4 janvier 2012 relatif à la constitution, à la composition et au fonctionnement des espaces de réflexion éthique régionaux et interrégionaux

instituts de formation partenaires, et d'autre part, à l'élaboration de livrets d'accueil à l'attention des stagiaires. Outre la recherche de la qualité de l'encadrement, ce projet permet aux équipes des différentes structures d'échanger sur leurs pratiques et de trouver un consensus. Enfin, ces étudiants sont les futurs professionnels qui exerceront en grande partie au sein de la direction commune. Il est utile qu'ils saisissent dès leur entrée en formation l'importance des collaborations en vue d'améliorer les prises en charge, enjeu que nous leur rappellerons lors du recrutement.

Nous avons souhaité cibler des préconisations qui nous semblent prioritaires, pragmatiques et qui viennent compléter les pistes de réflexion et d'actions relevées au cours de nos entretiens. Cependant, il n'existe pas de « bonne » organisation mais une organisation adaptée à l'environnement, au contexte. Il est donc essentiel de tenir compte de l'existant, des acteurs en jeu. Les projets réalisés donneront du sens à la direction commune et nous les impulsions afin que tous acceptent le partage de la prise en charge de l'utilisateur. Pour autant, il est nécessaire de définir les résultats souhaités, mais aussi d'évaluer les conséquences, toute nouvelle organisation ayant des bénéfices attendus mais aussi des répercussions sur les professionnels. Le temps de la réflexion s'impose en positionnant en permanence le patient, dont les besoins conditionnent désormais l'offre de soins, au centre de nos priorités.

## Conclusion

La politique hospitalière a donc été marquée au cours des dernières années par une augmentation des coopérations, soutenues par des outils réglementaires, en poursuivant l'objectif ambitieux de décloisonner l'action des acteurs des champs sanitaire et médico-social et des professionnels de la ville. En effet, les évolutions médicales, démographiques, juridiques, économiques ou liées aux besoins et attentes des usagers, nécessitent d'améliorer la prise en charge de l'utilisateur en passant par la détermination de véritables parcours de santé. Proposer une prise en charge globale, structurée et continue des patients, en particulier des personnes âgées et malades chroniques, et ce, au plus près de leur lieu de vie, est devenue une priorité au sein des politiques publiques.

La convention de direction commune, qui n'est pas toujours considérée comme un outil de coopération au sens strict, peut, pour autant, favoriser le rapprochement des établissements hospitaliers et structures médico-sociales signataires. Le DS peut ainsi engager des actions afin d'améliorer la prise en charge, en particulier, des personnes âgées. En effet, il use des outils de communication adaptés aux situations pour favoriser la connaissance et la reconnaissance des acteurs concernés, et instaure ainsi une confiance réciproque, préambule incontournable au partage des prises en charge. Le DS favorise l'acculturation des équipes en s'appuyant sur un socle de valeurs partagées. Il peut être facilitateur dans la mise en œuvre de la mutualisation des compétences rares afin que la qualité du service rendu soit cohérente sur l'ensemble des établissements de la direction commune. La complémentarité entre les différentes structures peut ainsi être formalisée pour une prise en charge, du sujet âgé, davantage coordonnée et des ressources humaines et matérielles optimisées. Le DS voit alors ses missions enrichies et étendues à la coordination et à la cohérence entre les différents établissements. Son positionnement stratégique et transversal lui confère ce rôle de coordinateur des activités de soins au-delà de son établissement. Ces nouvelles responsabilités sont pour lui une réelle opportunité, à la fois, pour l'amélioration de la qualité des soins, mais aussi pour professionnaliser les équipes. Cependant, certains axes de travail nécessitent toute notre vigilance car ils présentent une marge d'amélioration certaine, comme le dossier patient partagé, le projet médico-soignant commun, la création de pôles interhospitaliers ou d'instances de représentation et de consultation du personnel communes et surtout l'ouverture plus marquée vers les professionnels de la ville et autres acteurs de la coordination.

A l'heure où nous rédigeons cette conclusion, nous avons la confirmation que notre prise de poste se réalisera au sein d'une direction commune. Enrichi par nos lectures, par les rencontres réalisées et par nos réflexions afin d'élaborer ce travail de recherche, nous nous sentons mieux armé pour investir nos futures responsabilités. Les

échanges avec les directeurs d'hôpital et les présidents de CME nous permettent d'anticiper et de mieux appréhender leurs attentes. Par ailleurs, les dix DS rencontrés au cours de notre enquête nous permettent d'élargir encore notre réseau professionnel. Nous avons leur assurance que nous pourrions nous appuyer sur leur expérience en fonction de nos besoins et difficultés rencontrées.

Cependant, si les directions communes, à la date de notre enquête, permettent de développer des actions en faveur du parcours des personnes âgées, nous n'avons relevé, pour le moment, aucune plus-value notable pour le parcours des patients atteints de maladie chronique. De même, les échanges et le partenariat avec les professionnels de la ville méritent, comme nous l'avons souligné, d'être développés. Notre questionnement initial, présenté en introduction et en lien avec l'amélioration de la qualité des prises en charge au sein d'une direction commune, ne se trouve conforter que pour les sujets âgés. C'est donc pour nous une piste de travail qui nécessiterait d'être approfondie. Ces parcours sont-ils formalisés et optimisés au sein même de l'hôpital ? Le DS peut-il développer des stratégies d'ouverture et de coopération au sein du territoire, sur lequel il exerce, afin d'améliorer le parcours des patients atteints de maladie chronique ?

Par ailleurs, pour réaliser ce travail, nous avons fait le choix, afin de répondre aux contraintes liées à la gestion du temps et à la longueur de l'écrit, de cibler les questions en lien avec la plus-value d'une direction commune pour l'usager. De ce fait, il serait intéressant d'élargir notre réflexion à d'autres orientations, telles que le management à distance et la délégation qui font partie intégrante du quotidien du DS. Des entretiens avec l'encadrement en particulier nous permettraient de préciser leurs attentes et leurs besoins. Notre management serait ajusté selon les priorités relevées et notre accompagnement adapté à notre objectif de professionnalisation des cadres de santé. De plus, nous avons très souvent évoqué la qualité des prises en charge comme sujet fédérateur pour décloisonner les différentes structures. La législation a œuvré en ce sens en instaurant les démarches de certification et d'évaluation qui représentent de réels moteurs dans la mutualisation des compétences et des procédures. Cependant, c'est un vaste sujet, à nouveau très en lien avec le nôtre, en particulier avec l'évaluation attendue de la HAS à travers le patient traceur et peut-être demain les incitations financières à la qualité.

Enfin, les savoirs que nous avons acquis grâce à ce travail nous confirment que l'hôpital aujourd'hui se doit de s'ouvrir sur les autres structures sanitaires, médico-sociales et sur la ville. Quel que soit le mode de coopération développé, un GCS, une CHT, voire un GHT de demain, que les incitations à coopérer soient réglementaires, économiques ou stratégiques, nous pouvons saisir cette opportunité pour élargir notre champ d'action et agir en collaboration avec l'ensemble des acteurs du territoire, au bénéfice du système de santé, de ses acteurs et bien-sûr des usagers.

---

## Sources et bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DU BUDGET, Décret n°92-272 du 26 mars 1992 relatif aux missions, à l'organisation et aux personnels des établissements publics de santé, JO RF n°74 du 27 mars 1992

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

REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°2002-303 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JO du 3 janvier 2002

REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JO du 5 mars 2002

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JO n°0167 du 22 juillet 2009

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JO RF n°0227 du 30 septembre 2010

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction DGOS/PF3/2012/349 n°2012-349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? », Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n°2012/10 du 15 novembre 2012

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Arrêté du 7 janvier 2014 fixant la liste des emplois fonctionnels des directeurs des soins relevant du groupe II mentionné à l'article 1er du décret n° 2014-8 du 7 janvier 2014 relatif aux conditions de nomination et d'avancement dans les emplois fonctionnels de directeur des soins 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. JO n°0007 du 9 janvier 2014, texte n°15

### **Ouvrages**

ANTOINE A., GALLOPEL-MORVAN K., LOUAZEL M., sous la direction de NOBRE T., 2013, *L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre*, Paris, Dunod, 320 p

BERTAUX R., HIRLET P., PREPIN O., STREICHER F., 2006, *L'encadrement intermédiaire dans les champs sanitaire et social, un métier en construction*, Paris, Seli-Arslan, 352 p.

BLOCH M.-A., HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 309 p.

MINTZBERG H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'Organisation, 440 p.

### **Articles de périodiques**

EVIN C., LAROSE D., MILLAN-GANGNEUX N., et al., septembre-octobre 2009, « Communautés hospitalières de territoire et groupements de coopération sanitaires Après la loi HPST », *Revue hospitalière de France*, n°530, pp.12-45

KELLER C., LOUAZEL M., MOQUET-ANGER M.-L., « Les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ? », *Revue de droit sanitaire et social*, juillet-août 2013, n°4/2013, pp. 687

LOUAZEL M., février 2013, « Coopération hospitalière, entre incitation réglementaire et intérêt stratégique à agir », *Gestion hospitalière*, n°523, pp 117-119

MINVIELLE E., CONTANDRIOPOULOS A.-P., 2004, « La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ? », *Revue française de gestion*, vol 30, n°150, pp. 29-53

VILLENEUVE P., 18 février 2013, « La coopération hospitalière de territoire, outil de performance ou gestion de la pénurie hospitalière ? », *La semaine juridique Administrations et Collectivités territoriales*, n°8, pp 1-5

## **Rapports**

ANAP, 2011, ARNAUD A., LEHERICEY H., TASSERY M., « *Guide méthodologique des coopérations territoriales* », 92 p.

ANAP, juillet 2013, « *Le secteur médico-social : Comprendre pour mieux agir* », 128 p.

CNSA, 2012, « *Promouvoir la continuité des parcours de vie* », 144 p.

Conseil National de l'Urgence Hospitalière, septembre 2013, Pr CARLI P., « *Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des urgences* », 17p.

Cour des comptes, février 2013, Rapport public annuel 2013, Tome I (Les observations), Volume I-1 (Les finances publiques, les politiques publiques), deuxième partie (les politiques publiques), Chapitre I (Santé et cohésion sociale), « *Les restructurations hospitalières : trois illustrations des difficultés rencontrées* », pp. 151-186

DEVICTOR B., mars 2014, « *Le service public territorial de santé, le service public hospitalier, développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé* », 209 p

DGOS, Rapport 2012 au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière, 90 p.

DGOS, 2012, Guide méthodologique, « *Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?* », version n°1, 79 p.

DGOS, juillet 2014, Rapport d'activité de l'année 2013, 41 p.

DREES, 15 janvier 2014, « *Le panorama des établissements de santé, édition 2013* », sous la coordination de BOISGUERIN B. et BRILHAULT G., collection Etudes et Statistiques, 170 p.

HAS, mars 2014, « *Mode d'emploi du plan personnalisé de santé pour les personnes à risque de perte d'autonomie* », 14 p.

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, rapport adopté le 23 juin 2011, « *Assurance maladie et perte d'autonomie* », 186 p.

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, avis adopté le 10 juillet 2014, « *La coopération entre professionnels de santé* », 24 p.

IGAS, mars 2012, LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P.-Y., et al., « *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?* », rapport n° RM2012-020P, 273 p.

LARCHER G., avril 2008, *Les missions de l'hôpital*, 169 p.

Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, TOURAINE M., 23 septembre 2013, Feuille de route de la Stratégie Nationale de Santé, 30 p.

## **Mémoires**

CAILLAVET-BACHELLEZ V., 2010, *Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les communautés hospitalières de territoire*, EHESP, 34 p.

CAZENAVE J.-B., 2012, *La structuration d'une filière gériatrique de territoire : un enjeu stratégique dans le contexte d'une direction commune*, EHESP, 58 p.

HOUSSET J., 2013, *Faciliter les parcours des personnes âgées suite à une hospitalisation. Le territoire de santé : un enjeu de coordination pour le directeur des soins*, EHESP, 54 p.

## **Conférences**

MARIN P., *Organisation et développement du système hospitalier et social en France*, août 2014, EHESP

## **Sites internet**

<https://bdsl.social.gouv.fr>

<http://www.anesm.sante.gouv.fr>

<http://www.apmnews.com>

[http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site\\_internet/Politique\\_regionale\\_de\\_sante/Politique\\_regionale\\_territoires/CLS/202-2014.pdf](http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Politique_regionale_de_sante/Politique_regionale_territoires/CLS/202-2014.pdf)

<http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html>

[http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/procedure\\_direction\\_commune.pdf](http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/procedure_direction_commune.pdf)

<http://www.dmp.gouv.fr/e-doc.ps>

<http://www.drees.sante.gouv.fr/lepanoramadesetablisementsdesante> (Edition 2013)

<http://www.drees.sante.fr/statiss>

<http://www.ehesp.fr/ressourcesdocumentaires/cataloguedelabibliotheque>

<http://www.fhf.fr>

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip139.pdf>

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

<http://www.lequotidiendumedecin.fr>

<http://www.ors.fr>

<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>

<http://www.sante.gouv.fr>

<http://www.sante.gouv.fr/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp.html>

---

## Liste des annexes

---

- Annexe n°1** : Typologie des directions communes..... page II
- Annexe n°2** : Guide des entretiens.....page III
- Annexe n°3** : Présentation des établissements enquêtés.....page VI
- Annexe n°4** : Fiche action n°7 du projet médico-social, mission EHESP Conseil page VII
- Annexe n°5** : Fiche action n°4 du projet médico-social, mission EHESP Conseil...page X

## Annexe n°1 : Typologie des directions communes

Tableau extrait du rapport de l'IGAS, « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », p. 224

Tableau 5 : Typologie des directions communes impliquant au moins un EPS à la date de la mission

	DC en vigueur		DC dénoncées		Total	
	nb	%	nb	%	nb	%
L'établissement-pivot de la DC est un CH :	151	72%	19	73%	170	72%
DC CH/CH	64	30%	3	12%	67	28%
DC CH/HL	42	20%	6	23%	48	20%
DC CH/autres (ESS...)	45	21%	10	38%	55	23%
L'établissement-pivot de la DC est un HL :	60	28%	7	27%	67	28%
DC HL/HL	15	7%	1	4%	16	7%
DC HL/autres (ESS...)	45	21%	6	23%	51	22%
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>100%</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>	<b>237</b>	<b>100%</b>
<b>Pour information, DC entre ESS</b>	<b>162</b>		<b>34</b>		<b>196</b>	

Source : CNG, retraitement IGAS

## Annexe n°2 : Guide des entretiens

### Préalables communs à tous les entretiens

- Date - Heure de début / Heure de fin de l'entretien
- Lieu de l'entretien ou téléphonique
- Présentation de l'intervieweur et de ses objectifs
- Présentation de l'interviewé : son ancienneté dans la fonction et dans l'établissement, son parcours professionnel, son positionnement et ses responsabilités au sein de l'équipe de la direction commune
- L'existence d'un organigramme
- Présentation de l'établissement
- Date de la signature de la convention de direction commune
- Nombre et type d'établissements signataires
- Nombre de lits de chaque structure et distance qui les sépare
- Existence d'une CHT ? Si oui, à quelle date ? Quels établissements impliqués ?
- Qui a décidé la signature d'une direction commune ?
- Qui assure la gestion au quotidien dans les autres établissements de la direction commune : un DS, un DESSMS, un CSS, un CS, autre... ?
- Quelles sont les directions mutualisées au sein de la direction commune ?

### Entretien avec un DS

- Combien de DS au sein de la direction commune
- Responsabilité de la direction de la qualité/GDR ?
- Existence d'une charte de fonctionnement au sein de la direction commune
- Projet médical commun, voire communautaire ?
- Instances communautaires si CHT ?
- Autres projets partagés ?
- Relation avec les équipes médicales des autres établissements : difficultés/facilités
- Collaboration avec le second DS si c'est le cas ?
- Collaboration avec les directeurs des autres sites ?
- Management des CSS et CS des autres établissements ?
- Collaboration des CSS ou CS des différents établissements ?
- Réunions encadrement communes ?
- Rencontres entre les équipes soignantes des différents établissements ?
- Participation aux instances des différents établissements ?
- Temps de présence sur les autres établissements : prédéterminé ou à la demande

- Moyens, compétences et outils mis en commun ? Quelles difficultés dans la construction et la mise en œuvre ? Quelles facilités ?
- Projets de soins communs ? Lesquels ? Quelles difficultés dans la construction et la mise en œuvre et quelles facilités ?
- Valeurs communes affichées ?
- Formations communes ?
- Autres complémentarités entre les établissements ?
- Parcours patient facilité, entre EDS sanitaires / entre sanitaire et médico-social ?
- Existence de filières ? Leur origine ? Leur évolution avec la direction commune ?
- Qualité des PEC améliorée ? Grâce à la direction commune ? A la CHT ?
- Quelle implication dans la certification ou l'évaluation interne et externe des autres structures de la direction commune ?
- Positionnement du DS en termes de responsabilités et de prise de décision ?
- Animation de la CSIRMT de chaque établissement : par qui ? comment ?
- Ressenti des personnels lors de la signature de la convention de direction commune ? Et à ce jour ?

#### Entretien avec un président de CME

- Quelles implications dans la direction commune ? Dans la CHT ?
- Existence d'une charte de fonctionnement au sein de la direction commune
- Projet médical commun, voire communautaire ?
- Instances communautaires si CHT ?
- Projet médical modifié depuis la mise en place de la direction commune ?
- Autres projets partagés ?
- CME : membres des autres établissements présents ?
- Relation avec les équipes médicales des autres établissements : difficultés/facilités
- Moyens, compétences et outils mis en commun ? Quelles difficultés dans la construction et la mise en œuvre ? Quelles facilités ?
- Autres complémentarités entre les établissements ?
- Parcours patient facilité, entre EDS sanitaires / entre sanitaire et médico-social ?
- Existence de filières ? Leur origine ? Leur évolution avec la direction commune ?
- Qualité des PEC améliorée ? Grâce à la direction commune ? A la CHT ?
- Quelle implication dans la certification ou l'évaluation interne et externe des autres structures de la direction commune ?
- Quelles attentes vis-à-vis du ou des DS au sein de la direction commune ?

### Entretien avec un directeur d'hôpital

- La direction commune facilite-t-elle les coopérations ? Ou la CHT ?
- Participation aux instances des différents établissements ? Organisation mise en place ?
- Temps de présence sur les autres établissements : prédéterminé ou à la demande
- Existence d'une charte de fonctionnement au sein de la direction commune
- Relation avec les autres directeurs de la direction commune ?
- Projet médical commun, voire communautaire ?
- Instances communautaires si CHT?
- Projet médical modifié depuis la mise en place de la direction commune ?
- Autres projets partagés ?
- Moyens, compétences et outils mis en commun ? Quelles difficultés dans la construction et la mise en œuvre ? Quelles facilités ?
- Autres complémentarités entre les établissements ?
- Parcours patient facilité, entre EDS sanitaires / entre sanitaire et médico-social ?
- Existence de filières ? Leur origine ? Leur évolution avec la direction commune ?
- Qualité des PEC améliorée ? Grâce à la direction commune ? A la CHT ?
- Quelle implication dans la certification ou l'évaluation interne et externe des autres structures de la direction commune ?
- Quelles attentes vis-à-vis du ou des DS au sein de la direction commune ?

Remerciements pour la disponibilité de l'interviewé et la richesse des échanges

### Annexe n°3 : Présentation des établissements enquêtés

D°C	nbre lits	date CHT	date D°C	Origine décision	nbre EDS	CH	HL	EHPAD	nbre DS	DS issu de la struct. la +	PRE	D° Q/p DS	région
	1360	2009	2008	ARS	3	x		0	1	grande		OUI	
N°1	143						x				X		Bretagne
	635					x			1				
N°2	380	NON	2003	DG	2	x		0	1	grande		NON	PACA
	56						x				X		
	275			ARS	3	X			1	petite	X	OUI	
N°3	911	2010	2011			x					X		Centre
	206						X	0			X		
N°4	256	NON	2009	DG	2	X			1	grande	X	NON	PACA
	500						X	0					
	700	2010	2011	ARS	3	X			1	grande			
N°5	280		2011			X		0	1			NON	Rhône-Alpes
	347		2012				X						
	445	NON	2012	ARS	3	X			1	grande	X		
N°6	248						X		1		X	NON	Bretagne
	90							1					
	572	2013	2011	DG	3	X			1				
N°7	496						X	0	1			NON	Bourgogne
	315						X		1		X		
	407	NON	2012	ARS	5	X			1	grande	X	OUI	Midi-
N°8	237						X				X		Pyrénées
								3					
N°9	411	2012	2009	ARS	2	X							Picardie
	308						X	0	1	petite	X	NON	
	755	2011	2009	ARS	8	X			1	grande		NON	
	310						X						
N°10	182						X						Centre
	304					X			1		X		
								4					
EDS pour lesquels DG et PCME vus									DS vus				

## Annexe n°4

<b>Fiche N° 7 Mission EHESP Conseil</b>	<b>Sécuriser le circuit du médicament dans les EHPAD</b>
<b>1. Diagnostic</b>	
<p>En France, plus de 10 000 décès et 130 000 hospitalisations sont liés à une erreur médicamenteuse ou à un effet indésirable médicamenteux. Le sujet âgé est particulièrement concerné puisque selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les accidents iatrogènes sont 2 fois plus fréquents après 65 ans et leurs conséquences plus graves conduisant à des hospitalisations.</p> <p>La prise en charge médicamenteuse est un processus complexe comprenant différentes étapes : prescription, dispensation, conditionnement, distribution, administration, information du patient, traçabilité... et impliquant de nombreux acteurs. Chacune de ces étapes comporte des risques pouvant engendrer des erreurs (3ème cause d'évènements indésirables graves selon l'enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) menée pour la 2ème fois en 2009).</p> <p>Les EHPAD du [ ] proposent des organisations différentes : les EHPAD sont rattachés à un CH (C [ ], B [ ], C [ ] et L [ ]) qui disposent d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) (présence de pharmaciens et préparateurs en pharmacie) et sont soumis à une réglementation stricte.</p> <p>Les EHPAD d'A [ ], de C [ ], de M [ ] et de S [ ] sont organisés avec les pharmacies d'officine. Les résidents doivent pouvoir choisir librement leur pharmacien d'officine.</p>	
<b>2. Objectifs</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sécuriser le processus, gage de qualité et de sécurité de la prise en charge des résidents, grâce à l'implication de tous les acteurs concernés : médecins prescripteurs, médecins coordonnateurs, pharmaciens hospitaliers et de ville, infirmiers</li><li>• Réduire les erreurs évitables à chaque étape du circuit</li><li>• Améliorer l'efficacité de l'organisation du circuit du médicament</li></ul>	
<b>3. Actions</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Réaliser un audit sur les pratiques et l'organisation du circuit du médicament au sein de tous les EHPAD afin d'identifier les risques aux différentes étapes du circuit du médicament :<ul style="list-style-type: none"><li>- La prescription doit être nominative, datée, signée, consignée dans le dossier du patient. En cas de prescription orale, celle-ci doit être régularisée dans les</li></ul></li></ul>	

72 heures. Un support unique de prescription/administration et une informatisation de la prescription et des administrations permettent de limiter les erreurs liées au recopiage et de centraliser les informations en lien avec le résident.

- La dispensation réalisée par le pharmacien référent avec la préparation des doses à administrer et la livraison (règles d'hygiène, bonne conservation et confidentialité).
  - Le stockage des médicaments dans un local ou une armoire sécurisé (accès contrôlé), propre et sec. Les traitements de chaque résident doivent être regroupés individuellement de manière nominative (nom, prénom, numéro de chambre, date de naissance). La température des réfrigérateurs contenant les produits thermosensibles doit être régulièrement contrôlée et tracée.
  - La préparation des piluliers à administrer est placée sous la responsabilité de l'IDE selon la prescription médicale.
  - La distribution et/ou l'administration en application d'une prescription médicale ou d'un protocole écrit, qualitatif, quantitatif, daté et signé par un médecin. L'administration doit être tracée et faire l'objet d'une surveillance thérapeutique. L'IDE est responsable des actes qu'il est habilité à faire et de ceux qu'il assure avec la collaboration des AS qu'il encadre (modalités d'accompagnement de la personne dans les actes de la vie courante).
  - La continuité de la prise en charge grâce au dossier du patient et à la fiche liaison en cas d'hospitalisation.
- Elaborer une convention relative à la fourniture des médicaments conjointement entre le directeur de l'EHPAD et le pharmacien d'officine
  - Développer la culture positive de l'erreur afin de favoriser le signalement d'évènements indésirables, analyser les évènements survenus et proposer des actions correctives
    - Informatiser les dossiers patients : C , C , M
  - Elaborer la liste de médicaments, par classes, à privilégier chez le sujet âgé, ou « liste préférentielle », dans chaque EHPAD, par le médecin coordonnateur en collaboration avec les médecins traitants des résidents et les pharmaciens référents (exemple du CH L ). Cette liste précisera les comprimés pouvant être écrasés et les gélules pouvant être ouvertes, la durée de conservation après ouverture des médicaments à conditionnement multi-dose (sirops, gouttes buvables, collyres, antiseptiques)
    - Inscrire dans le plan de formation une formation sur le circuit du médicament en EHPAD (exemple de la formation suivie par responsable qualité du CH de B )
    - Elaborer ou réajuster la procédure formalisée de maîtrise du circuit du médicament ( ) lors de l'évaluation interne de l'EHPAD
    - Repréciser les conditions de la qualité des prescriptions et de la gestion des médicaments au sein de l'EHPAD lors de la signature de la convention tripartite

#### **4. Chef(s) de projet et acteurs référents**

- Chef de projet : pharmacien CH L
- Acteurs référents : Directeur, cadre de santé, référent qualité, médecin coordonnateur, pharmacien référent de chaque EHPAD

## 5. Planification

- Elaboration de la liste de médicaments préférentielle en septembre 2014
- Audit à réaliser avant la fin 2014
- Rencontres directeur d'EHPAD, pharmacien d'officine et médecin coordonnateur : novembre 2014
- Formation sur le circuit du médicament à prévoir dans le plan de formation 2015
- Informatisation du dossier patient en 2015

## 6. Dispositif d'évaluation et indicateurs de suivi

- Le nombre de FEI en lien avec le médicament
- Le nombre de professionnels inscrits en formation « circuit du médicament »
- Le nombre de conventions signées entre directeur d'EHPAD et pharmacien d'officine
- Le nombre d'EHPAD dont le dossier patient est informatisé
- La liste préférentielle des médicaments est réalisée dans chaque EHPAD

## Annexe n°5

<b>Fiche N°4</b> <b>Mission EHESP Conseil</b>	<b>Faciliter le parcours de soins des personnes âgées</b>
--	---

### 1. Diagnostic

- Contexte national : plan solidarité grand âge 2007-2012, plan Alzheimer 2008-2012, circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) sur la filière gériatrique du 28 mars 2007 « couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé », loi Léonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
- Contexte régional :
  - le Schéma régional de l'offre de soins (SROS) volet hospitalier souligne la nécessité d'organiser une filière de soins « prise en charge des personnes âgées »
  - un des objectifs du Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) est le maintien des personnes au domicile

La direction commune offre la totalité des services qui caractérisent la filière gériatrique : structure d'urgence, court séjour gériatrique (service au CH de C et lits dédiés au sein de l'unité de médecine au CH du B ), équipe mobile gériatrique, consultations mémoire labellisées, unités d'hospitalisation de jour, SSR polyvalent avec un fort recrutement gériatrique, USLD. La CHT constitue le cadre de référence de cette filière gériatrique.

A cela s'ajoute une offre d'hébergement représentant 838 lits d'EHPAD, des hébergements temporaires, un accueil de jour, une plateforme d'accompagnement et de répit et des SSIAD.

Le tableau suivant récapitule l'offre sanitaire et médico-sociale à l'attention des personnes âgées du :

	MCO	HAD	SSR	USLD	EHPAD	Accueil de jour	Hébergement temporaire	SSIAD
CH C	471	25	61					
CH		5	35	31	169			60
CH			15		126		5	36
CH	56		30	30	145	6	2	36
EHPAD A					105			
EHPAD					75			
EHPAD M					84			
EHPAD S					134		20	

527

30

141

61

838

6

27

132

Les différents EHPAD du [ ] proposent par ailleurs des unités adaptées pour les patients souffrant de troubles du comportement :

- UHR : unité d'hébergement renforcé,
- PASA : pôle d'activités et de soins adaptés,
- UCC : unité cognitivo-comportementale.

Une prise en charge globale de la personne âgée au sein des établissements du [ ] » serait donc possible, mais est limitée par l'éclatement territorial des structures. Par ailleurs, l'hébergement temporaire et l'accueil de jour sont peu développés ; l'HAD est en cours de développement.

En dépit de la diversité des structures, des dysfonctionnements sont relevés et soulignent un manque d'articulation entre les différents acteurs et une mauvaise connaissance de l'offre existante sur le territoire :

- Hospitalisations inutiles,
- Passages par les urgences,
- Lits de SSR sous-occupés (mauvais adressage),
- Admissions en EHPAD non anticipées,
- Existence de syndromes de glissement chez certains résidents de l'EHPAD,
- Prises en charge en géronto-psychiatrie perfectibles. Certains EHPAD freinent pour recevoir ce type de résidents.

Des acteurs extérieurs à la direction commune complètent cette offre sanitaire et médico-sociale : équipe mobile gériatrique extrahospitalière [ ], association pour le développement des soins palliatifs (ADSP), Centre local d'information et de coordination (CLIC), Maison pour l'Autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), etc. Un décloisonnement des différents intervenants auprès de la personne âgée est la condition pour une meilleure prise en charge.

## 2. Objectifs

- Améliorer l'information des professionnels sur les dispositifs existants afin de faciliter l'articulation des prises en charge
- Limiter les erreurs d'adressage et les hospitalisations inutiles aux urgences ou à l'hôpital : favoriser l'hospitalisation des résidents directement dans le service de médecine concerné des CH sans passage par les urgences.
  - Fluidifier la « filière aval » entre le CH de C [ ], le CH du [ ] et les EHPAD du [ ]
- Mieux repérer en amont les prises en charge problématiques en favorisant une meilleure coordination avec la MAIA, le CLIC, les SSIAD et l'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière.
- Faire connaître l'offre médico-sociale de la direction commune aux acteurs internes et

externes.

- Anticiper les besoins futurs des personnes âgées du territoire.
- Développer les mesures de répit.
- Améliorer l'accompagnement des prises en charges spécifiques (Alzheimer).
- Faciliter le parcours de fin de vie des résidents.
- Assurer une prise en charge de qualité dans les EHPAD : lien avec le projet de soins de la direction commune (prévention des escarres, nutrition).
  - Renforcer les consultations avancées (déplacement des médecins des CH au sein des autres CH ou EHPAD).
  - Développer la télémédecine.
  - Développer le travail de communication avec les médecins traitants afin de prévenir les situations de crise.
  - Mieux respecter les directives anticipées des résidents d'EHPAD.

### 3. Actions

- Organiser la formation des personnels des EHPAD par les médecins coordonnateurs.
- Former les professionnels des EHPAD aux soins et gestes d'urgence.
- Formaliser des procédures de transfert entre les EHPAD et les CH.
- Formaliser des procédures de conduites à tenir en situation d'urgence (notamment pour la nuit).
  - Organiser des groupes de travail entre les différents sites (médecins, cadres, soignants) pour une connaissance réciproque des structures et des contraintes de chacun.
  - Développer des outils informatiques de gestion concertée et de coordination inter établissements :
    - Tenir un dossier médical par résident à jour ;
    - Favoriser l'ouverture d'un dossier médical personnel (DMP) pour assurer la continuité dans le parcours de santé de la personne âgée ;
    - Développer l'utilisation de l'outil « trajectoire » ;
    - Développer une gestion informatisée des lits pour avoir une visibilité de l'offre de lits en EHPAD ;
    - Systématiser l'utilisation du document de liaison urgence (DLU).
- Améliorer la prise en charge de la personne âgée hospitalisée avec l'appui de l'équipe mobile gériatrique.
  - Conforter le partenariat entre l'équipe mobile soins palliatifs et les médecins des EHPAD pour une prise en charge de la fin de vie de qualité.
  - Développer la télémédecine (fiche n°8).
  - Perfectionner la prise en charge en géro-psycho-geriatrie (fiche n°6).
  - Mettre l'accent sur la santé bucco-dentaire des résidents en EHPAD.
  - Identifier les « patients remarquables », pour qu'ils soient connus dans les CH.
- Améliorer la représentativité du CH de C dans les instances extérieures (conférence de territoire, Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA).
  - Créer une page intranet commune aux établissements de la direction commune (projet de CHT).

- Communiquer en interne et en externe sur l'offre du GHP.
- Favoriser les hébergements d'attente entre EHPAD en cas de liste d'attente dans l'établissement souhaité.
- Conforter les liens et le travail avec la coordination gérontologique (CLIC).
- Conforter le travail avec l'équipe mobile gériatrique (EMG) externe (visite à domicile ou en EHPAD) EMG (convention avec l'équipe mobile pour le CH de à concrétiser, à faire vivre et à ouvrir aux autres établissements de la direction commune).
- Développer et renforcer l'équipe mobile gériatrique du CH de C qui pourrait intervenir à domicile.
- Mettre en place un numéro de téléphone pour des conseils en gériatrie auprès des médecins coordonnateurs (fiche n°5).
- Tendre vers une requalification des effectifs soignants de nuit (favoriser les personnels aides-soignants).
- Renforcer les compétences des personnels intervenant en EHPAD, notamment à travers la formation d'assistants de soins en gérontologie et en promouvant les stages de soignants en EHPAD.

#### **4. Chef(s) de projet et acteurs référents**

- Chefs de projet : Mme et M.
- Acteurs référents : chef de service des urgences, équipe du service de gériatrie, médecins coordonnateurs, directeurs des EHPAD

#### **5. Planification**

- Inscription des formations aux plans de formation 2015.
- Rencontres entre les EHPAD et les personnels des CH à organiser dès octobre 2014.
- Développement de trajectoire en cours pour le SSR, déploiement de trajectoire pour les EHPAD prévu fin 2014.
- Identifier des représentants des directeurs de la direction commune dans les instances régionales et départementales dès septembre 2014.
- Lancement des réflexions sur la communication en septembre 2014 pour une mise en œuvre en janvier 2015.

#### **6. Dispositif d'évaluation et indicateurs de suivi**

- Baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) des résidents hospitalisés
- Diminution du nombre de transferts des EHPAD vers les urgences
- Augmentation du nombre d'hospitalisations directes sans passage par les urgences
- Satisfaction des résidents
- Nombre de réunions entre personnels d'EHPAD et CH
- Nombre de formations suivies par les agents
- Nombre de DMP ouverts pour des résidents EHPAD
- Indicateurs de l'utilisation de « trajectoire »

LATOCHE

Sylvie

Décembre 2014

## DIRECTEURS DES SOINS

Promotion 2014

### LE DIRECTEUR DES SOINS AU SEIN D'UNE DIRECTION COMMUNE : QUELLE PLUS-VALUE POUR LA QUALITE DES PRISES EN CHARGE ?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université PARIS VII

**Résumé** : Les établissements de santé s'adaptent aux évolutions médicales, démographiques, juridiques, économiques et à celles des besoins et attentes des usagers. Les coopérations représentent un enjeu majeur dans cette nécessaire réorganisation de l'offre de soins. Par ailleurs, l'amélioration de la prise en charge de l'utilisateur passe par la détermination de véritables parcours de santé coordonnés afin de proposer une prise en charge globale, structurée et continue des patients, en particulier des personnes âgées et malades chroniques, en décloisonnant l'hôpital, le médico-social et la ville. La convention de direction commune, instrument au service de la coopération entre deux ou plusieurs établissements publics sanitaires, médico-sociaux ou sociaux, peut être mobilisée afin de limiter la concurrence et favoriser la complémentarité entre les établissements de santé. Chaque partenaire se voit doté de moyens supplémentaires pour se renforcer et assurer sa pérennité. C'est un instrument qui engage peu, puisqu'il préserve l'indépendance juridique des structures, mais présente des contraintes organisationnelles certaines. Le DS peut, pour autant, engager des actions afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, en particulier. En effet, il use des outils de communication adaptés aux situations pour favoriser la connaissance et la reconnaissance des acteurs concernés et instaure ainsi une confiance réciproque, préambule incontournable au partage des prises en charge. En s'appuyant sur un socle de valeurs partagées il peut être facilitateur dans la mise en œuvre de la mutualisation des compétences rares afin que la qualité du service rendu soit cohérente sur l'ensemble des établissements de la direction commune. La complémentarité entre les différentes structures peut ainsi être formalisée pour une prise en charge, du sujet âgé coordonnée et des ressources humaines et matérielles optimisées. Le DS voit alors ses missions enrichies et étendues à la coordination et à la cohérence entre les différents établissements. Son positionnement stratégique et transversal lui confère ce rôle de coordinateur des activités de soins au-delà de son établissement.

**Mots clés :**

Système de soins, usager, direction commune, établissements de santé publics, structures médico-sociales, partenariat, coopération, coordination, directeur des soins, qualité des soins, filières de soins, réseau de soins, mutualisation

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*