Filière Directeur d'établissement sanitaire social et médico-social

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury :

La mise en place d'une organisation innovante entre EHPAD, en direction commune avec un CHRU

Maxime BERNARDOFF

Remerciements

Mes premiers remerciements sont adressés à ma maître de stage, Caroline, pour sa bienveillance et son encadrement durant ces 10 mois. Je la remercie infiniment pour sa confiance, ses précieux conseils et recommandations, mais aussi pour m'avoir transmis de très nombreuses connaissances dans le domaine.

Caroline a su confirmer mon choix de travailler au sein d'un EHPAD autonome et ainsi d'occuper le poste de Directeur.

J'adresse également mes profonds remerciements à l'équipe de direction du CHRU de Nancy, plus particulièrement les Directeurs d'établissements, CH et EHPAD, et à l'équipe du département de la Stratégie pour leur contribution aux excellentes conditions de travail et leur bonne humeur qui ont ainsi pu me permettre de m'épanouir au sein de leur service.

Pour finir, je suis très reconnaissant envers l'équipe de l'EHPAD de Thiaucourt, qui m'ont remarquablement accueilli, rendant mon stage bien plus qu'agréable et que j'aurai la chance de revoir très prochainement.

Sommaire

Introduction 1
1 La coopération entre les secteurs sanitaire et médico-social : Un modèle prometteur répondant à des besoins encrés dans l'actualité 5
1.1 La structuration complexe des équipes administratives du CHRU dans ses coopérations 5
1.1.1 Le CHRU de Nancy : Un acteur inscrit dans un environnement propice aux coopérations 5
1.1.2 La structuration du CHRU sur son territoire 9
1.2 Le département Ville – Médico-Social – Hôpital du CHRU de Nancy : Centre stratégique d'une coopération sanitaire et médico-sociale, adoptant pour valeur fondamentale l'autonomie des membres 11
1.2.1 La construction d'un modèle répondant aux enjeux territoriaux propres 11
1.2.2 La structuration actuelle du département TVMSH : Une structure divisionnelle à part entière permettant une autonomie complète des EHPAD 13
1.2.3 Les limites de ce modèle divisionnel dans la construction d'une coopération 16
2 Le nouveau département Médico-Social Hôpital : Démarche d'élaboration d'une organisation innovante 21
2.1 La nécessaire formalisation d'une organisation autour d'une vision et d'une identité commune 21
2.1.1 Retour sur les coopérations existantes dans le secteur médico-social 21
2.1.2 Le choix d'un nouveau modèle d'organisation et la définition de son fonctionnement 25
2.2 La construction d'un modèle innovant reposant sur l'autonomie des établissements 29
2.2.1 La communauté de pratique : Le système idéal de coopération entre entités autonomes ? 29
2.2.2 Présentation d'un nouveau modèle pour le CHRU 35
Conclusion 41
Bibliographie 43
Liste des annexes I

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CH	Centre Hospitalier
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CHRUN	Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy
CSP	Code de la Santé Publique
D3S	Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
DTVMSH	Département Territorial Ville Hôpital Médico-Social
EHPAD	Établissement pour personnes âgées dépendantes
FMIH	Fédération Médicale Inter Hospitalière
FPH	Fonction Publique Hospitalière
FPT	Fonction Publique Territoriale
GHEMM	Groupement Hospitalier de l'Est de la Meurthe et Moselle
Label RFAR	Label Relations Fournisseurs et Achats Responsables
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
PCA	Président de conseils d'administrations
PMSP	Projet Médico-Soignant Partagé
RH	Ressources humaines
RSE	Responsabilité sociale d'Enterprise/Établissement
SMR	Soins Médicaux de Réadaptation
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

« La pierre n'a point d'espoir d'être autre chose qu'une pierre.

Mais, de collaborer, elle s'assemble et devient temple. »

Antoine de Saint-Exupéry

Introduction

Le système de santé couvre un champ d'action très large comprenant le sanitaire, le social et le médico-social. Ces trois champs, aux origines diverses, ont évolué en silos, conduisant à un cloisonnement les uns avec les autres, comme le rappelle la Haute Autorité de Santé (2023). Il en résulte un paysage parsemé de multitudes d'entités, accomplissant des tâches différentes mais bénéficiant parfois aux mêmes usagers, à l'instar des personnes âgées. Au sein de chaque secteur, les politiques publiques ont incité puis obligé les acteurs à se regrouper, dans un double objectif de mutualisation des ressources et d'amélioration de la qualité du service. Le premier secteur à être concerné est le secteur sanitaire par la constitution des Communautés Hospitalières de territoire (CHT), en 2009, puis de sa version obligatoire avec le Groupement Hospitaliers de Territoires (GHT) en 2016.

Concernant le médico-social, aucune politique n'a institué une telle obligation de rapprochement entre les acteurs, malgré les outils juridiques. Les coopérations entre ces acteurs s'effectuent par la volonté de quelques personnes sous la forme de Groupements de Coopération Social et médico-social (GCSMS)[1], mutualisant leurs moyens à différentes proportions.

En outre, entre le secteur sanitaire et médico-social, les coopérations majoritaires relèvent soit d'un partenariat pour une meilleur accessibilité pour les personnes âgées hébergées, soit d'une intégration complète des EHPAD par les Centres Hospitaliers (CH).

Le Centre Régional Hospitalier Universitaire (CHRU) de Nancy a décidé d'opérer un choix différent. Inscrit de longue date dans de multiples coopérations sur son territoire, il a décidé d'apporter un appui aux établissements, sans les intégrer et sans faire disparaître leur personnalité.

Cet hôpital incarne la plus importante entité du département de la Meurthe & Moselle. Son champ d'action dépasse ce seul département pour s'étendre à celui de ses voisins la Moselle, les Vosges et la Meuse. En quelques chiffres (2), il est le premier employeur de son département avec 9 513 agents pour 8 725 ETP. De plus, ses dépenses et ses recettes ont dépassé le milliard d'euros en 2023. Conscient de son impact sur son territoire dans de nombreux domaines, il multiplie les actions de responsabilité territoriale. C'est pourquoi il est le premier hôpital à s'inscrire dans une démarche d'achats locaux (Labellisé Relations Fournisseurs et Achats Durables (RFAR)[2]), entraînant des retombées financières pour tous les acteurs locaux. Il est également prévu de porter cette responsabilité à l'échelle du GHT

[1] Loi n°75-535 du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
[2] https://www.economie.gouv.fr/mediateur-des-entreprises/label-relations-fournisseurs-et-achats-responsables

(dont il est établissement support), en la formalisant à travers un 4ème volet (Responsabilité Sociale d'Entreprise / Établissement (RSE) de son Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP). Centré sur son cœur de métier, le soin, le CHRU est également l'un des précurseurs de la responsabilité territoriale, en lien direct avec la Fédération Hospitalière de France (FHF), menant les expérimentations directement sur son territoire.

Héritier de l'Hôtel Dieu et des Hospices Civiles de Nancy[3], il regroupe l'ensemble des établissements publics de l'agglomération nancéenne. Situé historiquement en son cœur, il est composé, au centre, les bâtiments historiques de l'Hôpital Central (Services de soins ; administratifs), de Saint-Julien (Soins Médicaux de Réadaptation (SMR) et gériatrie) et du Centre Saint Stanislas (USLD). La Maternité Régionale universitaire et le Centre Chirurgical Émile Gallé (Chirurgie de la main) ont été repris respectivement en 2013 et 2015 par le CHRU de Nancy.

A l'extérieur de la ville, sur les hauteurs de Brabois (Vandœuvre-lès-Nancy), se trouve l'autre partie du CHRU, l'Hôpital Nancy-Brabois. Depuis 2010, le projet Nouvel Hôpital, dont le projet est expliqué dans les journaux L'Est Républicain (2020) et le H-MAG (2023), vise à transférer l'ensemble des activités sur le site de Brabois, ne laissant plus que, pour l'heure, l'urgence de centre-ville et un site de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) dans les anciens locaux.

Par l'intégration des établissements de santé et du nouveau projet architectural, le CHRU forme une entité unique d'un peu moins de 1 700 lits et places, pour un total de 92 419 patient hospitalisés et 609 249 consultations externes en 2019. Néanmoins, il ne possède aucun lit médico-social en propre, à l'exception des 177 lits et places en soins de longue durée et de réadaptation.

C'est pourquoi, s'il forme une seule entité juridique sur son agglomération, il est au centre d'autres coopérations plus ou moins importantes.

Seul CHRU des 4 départements de son territoire, il est également l'un des seuls Centre Hospitalier Régional (CHR) avec celui de Metz, en Moselle. Cette position a fait naturellement de lui l'établissement support de son GHT, le GHT 7 Sud Lorraine. A côté de cette coopération légale, le CHRU a également tissé des liens avec le GHT 8, comme l'a présenté P. PEIFFER (2016), pour lequel il est le CHRU de référence, pour son côté universitaire de formation et d'enseignement et pour son côté soins spécialisés, dans la gradation des soins.

En outre, le CHRU est également en direction commune avec 4 centres hospitaliers (CH), répartis sur 3 départements : Toul, Pompey et Pont-à-Mousson, en Meurthe & Moselle, Commercy en Meuse et Dieuze en Moselle. Cette coopération, si elle n'entraîne pas la disparition de leurs personnalités juridiques, à l'instar du regroupement avec les

[3] http://www.professeurs-medecine-nancy.fr/Historique_Hopitaux_CHU.htm

établissements de l'agglomération nancéenne, conduit à l'adoption d'un modèle de mutualisation des moyens relativement avancé. La direction commune ne consistant pas uniquement en la mise à disposition d'un Directeur rattaché au CHRU.

Par ailleurs, le CHRU a récemment intégré la majorité des EHPAD publics de son territoire à sa direction commune, en créant un nouveau département chargé d'en assurer la coordination : Le département Territorial Ville – Médico-Social – Hôpital (DTVMSH).
Le modèle y est néanmoins différent, a contrario des CH, ils consistent principalement sur la mise à disposition d'un Directeur. Le CHRU recrute un Directeur, souvent en Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S). Cette coopération a fait face à de multiples réticences lors de sa construction, c'est pourquoi, elle est centrée autour de l'autonomie des EHPAD. Il est ainsi inconcevable pour le CHRU d'y appliquer la même organisation que celle des centres hospitaliers ou de procéder à une intégration complète de ces établissements.

Évoluant au cœur de ce nouveau département, j'ai pu observer les premières dynamiques de coopération se mettre en place, ses enjeux et ses limites. Le maître mot étant la préservation de l'autonomie des structures, il est difficile de piloter cette coopération de façon centralisée par le DTVMSH du CHRU de Nancy. D'un côté, tout est centralisé au niveau de la Directrice de ce département, les projets y étant initiés. De l'autre côté, les établissements sont les effecteurs et bénéficiaires directs de cette coopération, tous égaux sans réelle organisation formalisée.
Ces projets étant tous pilotés et initiés par la cheffe du département, très vite des limites apparaissent. En effet, la coopération étant centralisée au CHRU, il ne porte aucun intérêt direct aux projets. Le manque de position stratégique des effecteurs freine l'élaboration de nouveaux projets de coopération. La coopération est ainsi conditionnée au temps disponible de la Directrice.
L'organisation mise en place présente ainsi ses premières limites, se réduisant à la constitution d'un collectif de Directeur.
Ce constat interroge sur la possibilité d'adopter une organisation à une coopération plus forte entre les acteurs, tout leur laissant leur autonomie dans la gestion de leur établissement.

Dès lors : *« Comment construire une organisation favorisant une forte coopération de ses membres sans en déléguer leur autonomie de gestion ? »*

Afin de répondre à la problématique, 4 hypothèses ont été identifiées :

- Tous les modèles d'organisation ne répondent pas aux mêmes besoins.
- La forme juridique n'est pas une organisation en soit mais l'habit d'une coopération
- La centralisation et la mutualisation des ressources plébiscitées dans le secteur de la santé n'est pas adapté à cette organisation
- Les communautés de pratiques permettent une coopération décentralisée

La démarche méthodologique

La réflexion entreprise s'appuie sur une immersion au centre de la pensée stratégique territoriale (CHRU de Nancy) tout en prenant en compte les contraintes et aspirations du terrain (Immersion et entretiens avec les Directeurs des EHPAD en direction commune). Bien que le mémoire s'appuie sur le fonctionnement des CH en direction commune, les EHPAD rattachés sont volontairement exclus de l'analyse car bénéficiant d'une organisation propre.

La démarche s'appuie sur l'échange avec de nombreux professionnels (ANNEXE I) (Directrice du département TVMSH, Directeurs des EHPAD, professionnels des EHPAD…), de façon continue, au gré des réunions (réunions présentées au point 2) et des projets (prise de notes), et de façon approfondie, dans le cadre d'entretiens compréhensifs établis à l'aide de l'ouvrage de Ramos (2015) et semi-directifs visant à évoquer directement le sujet de la future coopération.

Chaque entretien ou réunion a fait l'objet d'une prise de notes et d'un relevé de conclusions. Dès lors, les points appelant une possible coopération ont fait l'objet d'échange avec la Directrice du département TVMSH (Maître de stage).

Le mémoire et la construction de pensée qui en découle caractérisent ainsi la synthèse d'une réflexion continue, non figée, destinée à être reprise et complétée par les principaux acteurs au fur et à mesure de l'avancée des projets.
Pour finir, sur les 5 Directeurs d'EHPAD autonomes, seuls 2 resteront pour des raisons personnelles, indépendantes de leur travail). Les anciens Directeurs ont ainsi pu livrer leur ressenti de leur exercice au sein, les écueils et les avantages du département et exprimer leurs souhaits.

1 La coopération entre les secteurs sanitaire et médico-social : Un modèle prometteur répondant à des besoins encrés dans l'actualité

Avant d'envisager le fonctionnement du département VMSH, les enjeux et les limites l'entourant (1.2), il convient de présenter le fonctionnement actuel des coopérations du CHRU à l'aune des cadres théoriques entourant la structure des organisations telles que définies par Mintzberg (1.1)

1.1 La structuration complexe des équipes administratives du CHRU dans ses coopérations

Le CHRU de Nancy est inscrit dans de multiples coopérations (1.1.1). Cet environnement lui permet d'agir sur un champ d'action territorial multi-départemental, appuyé par une structuration graduée des soins. Ce modèle entraîne une imbrication d'organisation aux structurations différentes, au sein d'une même entité (1.1.2)

1.1.1 Le CHRU de Nancy : Un acteur inscrit dans un environnement propice aux coopérations

La présentation des coopérations du CHRU et de son historique sont tirés d'entretiens compréhensifs avec la Directrice des coopérations et du GHT, ainsi que la Directrice du DTVMSH.

A) <u>Un terreau fertile pour l'élaboration de coopérations et de partenariat</u>

Le CHRU de Nancy a fait le choix d'exercer une action territoriale, dépassant le seul champ du sanitaire. Le territoire est « *extrêmement fertile à la coopération. Il est composé de personnes de personnes qui pensent à l'échelle du territoire. Cela ne concerne pas seulement les Directeurs mais également les médecins, les chefs de services, le PCMG qui poussent aider leurs confrères dans les autres territoires, par l'intermédiaire des FMIH notamment* ».

Portée par l'ancien Directeur général du CHRU de Nancy, ce projet et cette culture très *intuitu personae* a également séduit le nouveau Directeur général qui a prolongé les actions en ce sens. Ainsi, la majorité des directions du CHRU de Nancy possèdent une action à l'échelle du territoire élargit à la direction commune) et ont ajouté la particule « Territoriale » à leur titre.

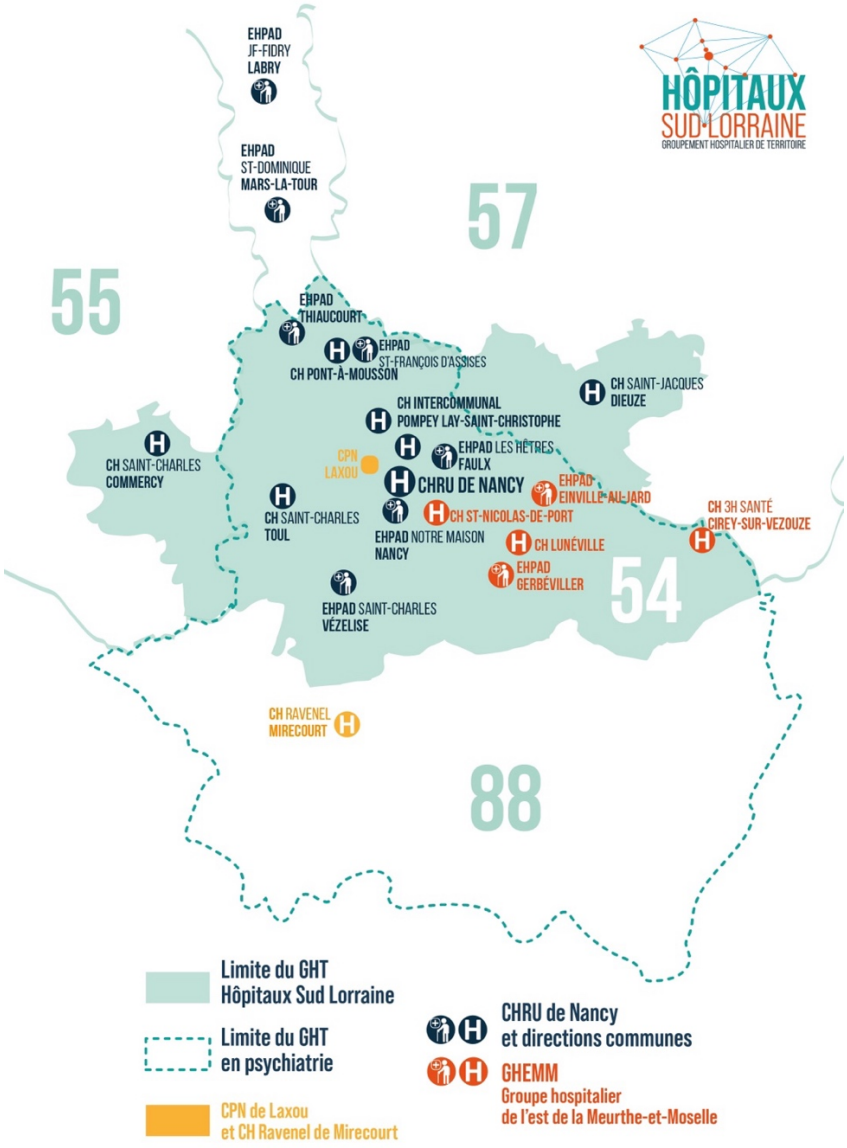
Bien que la coopération soit une culture très présente au sein du territoire, il existe différents niveaux de coopération, allant d'une entraide ponctuelle sur un sujet d'intérêt commun, à une mutualisation des compétences, voire une intégration.

B) L'établissement support du GHT 7 Sud Lorraine

Le GHT 7 Sud Lorraine est un GHT relativement avancé dans la coopération et la mutualisation. Cela est principalement due à la volonté des acteurs, leur appétence pour la coopération, ainsi que la constitution de préalable de regroupements, réduisant la diversification des acteurs.

Ainsi, le GHT se compose de 3 grands blocs, répartis sur 4 départements (intégration d'établissements vosgiens) :

Carte du GHT 7 Sud Lorraine



Le CHRU de Nancy et ses établissements en direction commune. Les EHPAD autonomes, bien qu'en direction commune, ne font pas partie du GHT 7 Sud Lorraine, à l'inverse des EHPAD hospitaliers (EHPAD rattachés aux centres hospitaliers, non visible

sur la carte)[4], du fait de leur personnalité juridique commune avec les CH auxquels ils sont rattachés.

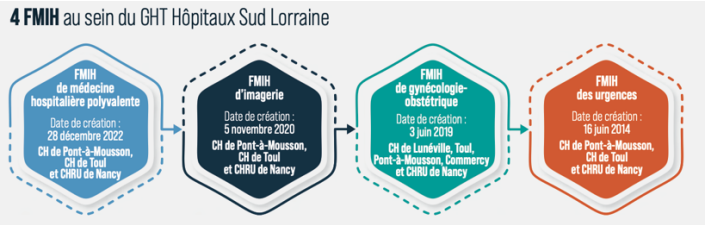
Le Groupe Hospitalier de l'Est de la Meurthe & Moselle (GHEMM) comprenant à la fois des centres hospitaliers et des EHPAD, est situé à l'Est de Nancy, dans le territoire lunévillois. Ce territoire concentre ainsi l'ensemble des établissements publics de Meurthe & Moselle, non rattachés au CHRU, car, ajoutés au GHEMM, il comprend le seul EHPAD public ne faisant partie ni d'une coopération avec le GHEMM, ni d'une direction commune avec le CHRU.

La psychiatrie comprenant le Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) situé à Laxou et le CH de Ravenel (Vosges). La psychiatrie a souhaité créer un groupement à part, afin de ne pas perdre sa spécificité, en intégrant pas le CHRU de Nancy. Toutefois, cela ne l'empêche pas de coopérer avec dans le cadre du GHT.
Comme dans tout GHT, le principe est la coopération des membres, l'adoption d'une vision et d'instances communes[5] et la mutualisation de certaines fonctions, assurées par l'établissement support, prévues à l'article L6132-3 du Code de la Santé publique (CSP).

Dans les faits, un Directeur est employé par le groupement pour faire vivre le GHT et la coopération, des fonctions comme certains référents sont également mutualisés. Les Directeurs des établissements parties restent cependant libre de la gestion de leur établissement. En d'autres termes, l'organisation du GHT consiste en la construction d'une vision commune, et la mutualisation de compétences et de personnels dans l'optique de réaliser des économies d'échelle. Une aide de l'établissement support est également opérée en cas d'importantes difficultés (Carence médicale par exemple).
Toute cette coopération et cette aide s'effectue par la redevance d'une cotisation à un budget spécifique, de la part de tous les établissements membres.

Du côté des soignants, la coopération médicale est marquée par la présence de nombreuses Fédérations Médicales Inter Hospitalières (FMIH) au nombre de 4, auxquels il convient d'en ajouter 2 en cours de création.

[4] Le CHRU ne possède aucun lit d'EHPAD, seulement des USLD. Les lits d'EHPAD sont soit rattachés aux centres hospitaliers, soit aux EHPAD autonomes en direction commune avec le CHRU. Les EHPAD hospitaliers représentant plus de lits médico-sociaux que le nombre de leurs lits sanitaires (Environ 1400).
[5] Comprenant : Comité stratégique ; commission médicale de groupement ; commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique de groupement ; Comité des usagers de groupement ; Comité territorial des élus ; conférence territoriale de dialogue social.



Les FMIH permettent aux médecins des territoires de ne plus être isolés. Ces derniers n'exercent non plus seulement au sein du CHRU de Nancy mais au sein de tout le territoire.

C) Une coopération forte avec ses voisins : Un appui indispensable

Au-delà des coopérations formalisées par le biais des directions communes et du GHT, le CHRU de Nancy coopère avec tous les établissements prenant en charge les populations qu'il accueille, selon la file active des patients[6]. Établissement de 3ème niveau dans la gradation des soins, cet hôpital prend en charge, en plus de sa patientèle de proximité, les cas les plus complexes. Agir en amont lui permet de réduire ces hospitalisations.

C'est pourquoi, le CHRU de Nancy et les établissements vosgiens, présents dans deux GHT différents (le GHT 7 et le GHT 8), entretiennent de fortes relations. Les Vosges ne possédant aucun CHRU, transfèrent leurs cas les plus complexes au CHRU de Nancy, créant ainsi un flux de patient[7]. De plus, le CHRU, étant donné son titre universitaire, est associé au GHT 8 pour l'aider dans la gestion de sa démographie médicale, la recherche et l'enseignement et la formation initiale[8].

La coopération entre ces deux GHT s'illustre également par la constitution d'un GCS commun, créé en 2006 (avant la création des GHT), ayant pour objet de : « *formaliser l'organisation territoriale des soins dans un projet médical coordonné au sein du groupement, établissant les complémentarités et les mutualisations sur la base de chaque projet médical des établissements membres* »[9]. Ce GCS comprend onze partenaires du CHRU, intégrant également l'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL).

Cette coopération s'étend actuellement de manière informelle, par l'intermédiaire des coopérations entre médecins. « *Un jeune interne originaire des Vosges souhaite s'installer dans ce territoire et créer des coopérations avec le CHRU. Cela permettra de renforcer l'attractivité dans ces établissements isolés et faisant face à des carences médicales. C'est pourquoi les médecins de Nancy lui donnent toutes les clefs et l'accompagnent dans sa*

[6] INSEE – mars 2005, « Territoires de santé en Lorraine : pour une nouvelle organisation sanitaire », n°22.
[7] Peiffer, P. (2016). Enjeux et perspectives dans la construction des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Mémoire de formation d'élève Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP)
[8] Groupement Hospitalier de Territoire Vosges – Convention Constitutive – article 6.1
[9] GCS Sud Lorrain, janvier 2006, article 2-Objet, Convention Constitutive

formation. Notre rôle et d'accompagner et de favoriser toutes ces initiatives locales afin d'aider les établissements en amont. »[10]

Ces coopérations et cette vision du CHRU sur son territoire explique en grande partie le choix opéré dans la coopération avec les EHPAD de son territoire dans le cadre de directions communes. Pour autant, le mangement et l'organisation de ce nouveau système est différent de ceux évoqués précédemment. L'autonomie qui leur était laissé et le choix du niveau d'intégration a fait l'objet de différentes réflexions.

1.1.2 La structuration du CHRU sur son territoire

Mintzberg (1982) définit la structure des organisations « *comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches* ». La structure des organisations définie ainsi le fonctionnement permettant la meilleure exécution des tâches et leur coordination. Elles sont ainsi différentes selon les objectifs qui y sont liés et les méthodes de travail des acteurs. Parmi les différents types existants, l'équipe administrative du CHRU de Nancy repose sur une structure fonctionnelle (A) et hiérarchico-fonctionnelle pour l'équipe administrative élargie aux directions communes (B)

A) <u>La structuration fonctionnelle du CHRU de Nancy</u>

Parmi les structures possibles, recensées par les auteurs en théorie des organisations. Le plus commun pour une structure de taille importante est la structuration fonctionnelle s'inspirant des théories développées par Fayol (1016).

La structure fonctionnelle est un type d'organisation où les employés sont regroupés par fonctions ou spécialités similaires, comme la qualité, les finances, les ressources humaines, etc. Chaque département est dirigé par un responsable qui supervise les activités spécifiques à cette fonction.

Appliquée aux équipes administratives du CHRU de Nancy (Annexe III), chaque compétence support est divisée en direction. Ainsi, les achats et la logistique sont assurés par la direction du même nom, les ressources humaines par une autre direction, les finances un autre également…

Ce type de structure permet une expertise approfondie et une efficacité opérationnelle au sein de chaque département. Cependant, il peut parfois entraîner un fonctionnement en silos, dans lequel la communication et la collaboration entre les différents départements peuvent être limitées.

La structure fonctionnelle est couramment utilisée dans les grandes entités où la spécialisation des tâches est essentielle pour atteindre les objectifs organisationnels, ce qui

[10] Directrice des coopérations et du GHT – Entretien compréhensif

est le cas d'une entité aussi importante que le CHRU. Elle favorise également la clarté des rôles et des responsabilités, et sont utilisées principalement dans l'objectif de réaliser des économies d'échelle.

B) La structuration à double hiérarchie des centres hospitaliers en direction commune

Le CHRU de Nancy est présent sur 3 départements par l'intermédiaire de ses directions communes avec les CH de Toul, de Pompey et Pont à Mousson, du même département, de Dieuze, en Moselle et de Commercy, en Meuse.

La direction commune se caractérise ici par la mise à disposition d'un Directeur délégué, chargé de la gestion de l'établissement. Recruté par le CHRU et mis à disposition du CH concerné, le rôle dévolu à ce représentant de la direction générale du CHRU de Nancy, peut être multiple, dépendant des centres hospitaliers concernés.
Au sein du CHRU de Nancy, du fait du contexte et des enjeux de chaque territoire et de la personnalité des Directeurs délégués, leur part d'autonomie avec le CHRU diffère.
De manière générale, les Directeurs fonctionnels du CHRU de Nancy (finances, ressources humaines, qualité, soins…) sont, dans l'organigramme (ANNEXE IV), les supérieurs hiérarchiques directs des agents correspondants. Les Directeurs des CH sont également au même niveau dans l'organigramme.
Ainsi, le modèle structurel utilisé correspond à une forme évoluée de la structuration fonctionnelle que Giboin B. (2022) nomme la structure « *Staff and line* ».

La structure « *Staff and line* » (ou hiérarchico-fonctionnelle), combine les caractéristiques des structures hiérarchiques et fonctionnelles. Dans cette structure, il existe une ligne hiérarchique (line), assurée par le Directeur délégué, et supervision des Directeurs fonctionnels (staff). La ligne hiérarchique est responsable des décisions stratégiques et de la gestion quotidienne, tandis que les organes fonctionnels fournissent des conseils et une expertise dans des domaines spécifiques. Cette structure permet une répartition claire des responsabilités et une spécialisation des tâches, tout en maintenant une unité de commandement.

Dans les faits, la place du Directeur de centre hospitalier dépend principalement de *l'intuitu personae*, certains préfèrent garder une relative autonomie, tandis que d'autres souhaite une délégation plus importante de la gestion aux Directeurs fonctionnels. En tout état de cause, les agents intègrent, en plus de leur établissement, un réseau permettant des échanges réguliers avec leurs homologues et le CHRU afin d'assurer une harmonisation des pratiques et un soutien permanent sur les sujets et difficultés rencontrés. Cette organisation déconcentrée est néanmoins très intégrée et centralisée par le CHRU.

1.2 Le département Ville – Médico-Social – Hôpital du CHRU de Nancy : Centre stratégique d'une coopération sanitaire et médico-sociale, adoptant pour valeur fondamentale l'autonomie des membres

1.2.1 La construction d'un modèle répondant aux enjeux territoriaux propres

A) L'intégration progressive des EHPAD publics de Meurthe & Moselle

Depuis la crise de la Covid 19, la direction précédente du CHRU a décidé de venir en aide aux Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) publics du territoire.
Le premier établissement à entrer en direction commune fût **l'EHPAD de Mars-la-tour**, pour des considérations sanitaires. Dans un contexte de Covid-19, l'établissement ayant subi la perte de plus de la moitié de leurs résidents, l'ARS a demandé au CHRU de lui venir en aide. Cette aide s'est dès lors centrée sur la mise à disposition d'infirmières et de médecins hygiénistes, de cadre de santé et de Directeur. Cet épisode a permis à l'établissement de surmonter la crise et de se redresser.

D'autres établissements ont adopté le même schéma, celui de Vézelise, Faulx et Pont-à-Mousson (Directeur identique), Thiaucourt et Nancy.
Une grande part des établissements ont décidé d'intégrer la direction commune du CHRU de Nancy pour accentuer les coopérations et s'assurer de la reprise de l'établissement par un Directeur qualifié. En effet, en raison des difficultés de recrutement, beaucoup de président de conseil d'administration (P.C.A) ont souhaité en quelques sorte déléguer ce recrutement.

L'intégration de l'EHPAD de Nancy a été basée sur des considérations différentes.
En effet, appartenant à la ville de Nancy, et relevant ainsi de la Fonction publique territoriale, il fût délégué par le maire au CHRU, afin d'améliorer sa gestion. Cela a conduit à son passage à la fonction publique hospitalière et la création d'une entité juridique propre.

Au total, 1 514 places (Plus de 2 000 à l'échelle du GHT) de lits médico-sociaux sont rattachés au CHRUN par l'intermédiaire de la direction commune. Ce chiffre dépasse celui des 1 495 lits sanitaires.

B) La volonté de calquer le modèle des centres hospitaliers en direction commune

A l'origine, la volonté de rassembler les EHPAD devait se faire sur un modèle intégré, à l'image des centres hospitaliers de la direction commune, selon une structuration *staff and line*. Ce modèle supposant la mutualisation des compétences administratives avec le

CHRU. Les établissements auraient ainsi transféré toutes les compétences aux directions fonctionnelles du CHRU.
Ce modèle présente des avantages liés aux économies d'échelles : moins de Directeurs et moins d'agents pour assurer les fonctions administratives. Cependant, ce système suscitait la crainte de vider les compétences aux seins des établissements et de dépersonnalisation des établissements.

C) Des réticences empêchant la mise en place d'un tel système

a) La réticence des professionnels et des élus locaux

Les élus locaux et les professionnels ont soulevé des réticences sur ce modèle. Leurs craintes étaient que les EHPAD et leurs agents soient absorbés par le CHRU, entraînant leur dépersonnalisation et une perte de contrôle.
De plus, certains agents présents dans des établissements situés pour certains à plus de 40 minutes, avaient la crainte de devoir travailler au CHRU (du fait de son caractère sanitaire et qu'il soit situé à Nancy)[11].
Pour finir, afin de rassurer les élus locaux, le CHRU s'est engagé à ce qu'aucun transfert de fonds ne soit opéré des EHPAD vers l'hôpital. La coopération et l'appui opérés par le CHRU doivent ainsi satisfaire l'impératif de gratuité.

b) Le manque d'attractivité lié à la perte d'autonomie

La perte d'équipe administrative et d'autonomie entraînée par ce modèle modifie en profondeur le contour des postes proposés par le CHRU. L'une des craintes de cette modification a été la difficulté ultérieure pour recruter de futurs Directeurs, dans un territoire peu attractif.
Cette transformation aurait nécessité une importante modification de la structure même du CHRU. Intégrant plus de 1500 places de médico-sociale en 5 ans, gérées par plus de 6 Directeurs, présents sur chaque site, ces places seraient dorénavant gérées à l'échelle stratégique du CHRU, par un ou plusieurs Directeurs de filières gériatriques, comme pour la majorité des autres centres hospitaliers.

c) Le manque de compétences médico-sociales

Les équipes du CHRU n'ont pas ou peu été confrontées à des contraintes médico-sociales. L'intégration d'un tel nombre de places médico-sociales suppose la montée en charge et la spécialisation de toutes les équipes et des Directeurs associés, dans un environnement tendu en termes de financement et de recrutement.

[11] Dans certains villages, l'EHPAD est la structure la plus importante, plus important employeur, lus important client des entreprises alentours (comme la pharmacie).

d) La volonté de la Directrice du département

Sans équipe administrative au sein des établissements, ou fortement réduite, ce système ne justifie plus la présence d'un Directeur dans chaque établissement. Ainsi, l'exercice du Directeur s'en trouverait profondément métamorphosé. L'essentiel pouvant être assuré par un cadre de santé, à l'instar des EHPAD hospitaliers, le rôle du Directeur se restreignant à l'élaboration d'une stratégie territoriale, de s'assurer du respect des droits des usagers et de la bonne gestion de l'établissement.

Cette immense transformation, si elle devait avoir lieu, devait être assurée par une personne volontaire, croyant au projet. Cependant, la Directrice pressentie pour ce nouveau poste s'opposa à cette vision et en proposa une autre détaillée ci-après. « *Lorsque le Directeur général est venu m'a proposé cette formule, je lui ai répondu : si telle est ta volonté, alors je ne suis pas la personne adéquate. Je ne pense pas que ce modèle soit le bon* »[12]. Un autre projet fût ainsi accepté et adopté.

1.2.2 La structuration actuelle du département TVMSH : Une structure divisionnelle à part entière permettant une autonomie complète des EHPAD

A) <u>La structure divisionnelle de Mintzberg</u>

La structure divisionnelle de Mintzberg (1982) est un type d'organisation dans laquelle l'entité est divisée en plusieurs unités ou divisions autonomes, chacune responsable de ses propres opérations.

Chaque division fonctionne comme une entité indépendante avec ses propres ressources, objectifs et équipes, souvent basées sur des produits, des services, ou des zones géographiques spécifiques. Chaque division possède son propre Directeur qui rend compte à la Direction générale de l'entité. Ce modèle est celui adopté actuellement par le DTVMSH, comme toute organisation nouvelle avec des entités distinctes réparties sur des zones géographiques différentes.

Le département, dans sa branche médico-sociale, est composé d'une Directrice chargée d'animer le collectif de Directeurs et de les aider dans les difficultés de gestion qu'ils peuvent rencontrer. (ANNEXE V)

Afin d'assurer la gestion quotidienne des EHPAD en direction commune, le CHRU recrute un Directeur qu'il met à disposition des EHPAD, partiellement ou en totalité.

[12] Cheffe du département Ville – Médico-social – Hôpital - Entretien compréhensif

Sur l'ensemble des EHPAD, l'équipe des Directeurs répartie comme suit :

- Mars-la-Tour (55 places) et Labry (60 places) partagent 1 ETP de Directeur
- Notre Maison (Nancy) (152 places) bénéficie de 0,8 ETP de Directeur, les 0,2 restant bénéficiant à la gériatrie du CHRU de Nancy
- Faulx (176) et Saint-François (80 places) bénéficient de 1 ETP de Directeur ; 1 ETP de Directeur adjoint s'y ajoute (Directeur non mis à disposition par le CHRU)
- Vézelise bénéficie de 0,6 ETP de Directeur (80 places) ; les 0,4 restant étant pour la filière gériatrique du CH de Toul.
- Thiaucourt bénéficie de 0,2 ETP (89 places) de Directeur (intérim en attendant de trouver un Directeur à temps plein)

La structure divisionnelle est souvent utilisée par les grandes entreprises. Elle repose sur la constitution de plusieurs entités en charge d'un produit, d'un service ou d'une zone géographique. Giboin (2022) explique qu'elle favorise l'innovation et la prise de décision rapide au sein de chaque division.
Ce type de structure permet également une plus grande flexibilité et réactivité aux changements, car chaque division peut adapter ses stratégies en fonction de ses besoins spécifiques.
Chaque structure reste totalement autonome et ne dépend pas de la décision (et de la lourdeur) du CHRU pour mettre en place des projets.
Cependant, ce type de structure à tendance à entraîner des duplications de ressources (humaines) et des coûts plus élevés. De plus, la coopération entre les divisions n'est pas dans l'essence de ce système. Les projets collectifs sont alors centrés autour du centre stratégique, incarné par la Directrice du département.
Le rôle de cette Directrice étant d'animer le collectif de Directeur et de leur proposer un appui dans leur gestion.

B) Des mécanismes d'accompagnement des Directeurs à leur prise de poste

Les points flash sont des réunions bimensuelles, durant approximativement 30 minutes au cours desquelles la Directrice revient sur les actualités en lien avec le médico-social. Les participants (Directeurs d'EHPAD et de Centre Hospitaliers) peuvent également proposer des sujets, questions, qui seraient susceptibles de concerner tous les autres établissements. Cet espace d'échange est précieux puisqu'il permet de partager les difficultés, de s'entraider, et de s'interroger sur les pratiques.

Les réunions mensuelles présentent le double objectif : d'abord celui d'échanger sur les pratiques des Directeurs et ensuite de renforcer la cohésion de l'équipe. Elles se déroulent dans l'établissement d'un des Directeurs membre de la direction commune. Les participants

sont accueillis autour d'un repas organisé par l'établissement d'accueil, puis une visite a lieu. Chaque réunion est centrée autour de l'intervention d'un professionnel sur un sujet précis (Directeur fonctionnel, organisme extérieur, ARS…). Les réunions finissent par un échange libre sur l'actualité ou un retour sur les pratiques.

Les bilatérales sont des moments d'échange hebdomadaires entre la Directrice TVMSH et le Directeur, permettant d'évoquer des sujets librement, diffuser des informations et revenir sur des projets. Ces bilatérales respectent les deux valeurs principales du département : le besoin d'autonomie des Directeurs et la volonté d'être accompagné et de rompre l'isolement.

C) Un appui technique par les directions fonctionnelles du CHRU

Aucun lien hiérarchique n'existe entre les Directeurs d'EHPAD et les Directeurs fonctionnels du CHRU (Finances, Ressources humaines (RH), achats…), ni entre les Directeurs fonctionnels et les agents des EHPAD (comme cela est le cas pour les centres hospitaliers). Pour autant, les Directeurs d'EHPAD sont libres de solliciter les Directeurs fonctionnels pour des avis ou sujets techniques, dont ils n'auraient pas la compétence en interne.

Ce fût le cas lorsque la Ville de Nancy a demandé au CHRU d'intégrer un EHPAD à sa formule. Ainsi, cet EHPAD et les agents affectés ont dû être transférés de la Fonction publique Hospitalière (FPH) à la Fonction publique Territoriale (FPT). Le service des RH du CHRU a ainsi été d'un appui précieux pour le Directeur en charge de cette opération.

Par ailleurs, la direction des travaux intervient également en appui des Directeurs lors de la réalisation de projets immobiliers, en conseil et peut-être en se positionnant comme assistant maîtrise d'ouvrage.

D) La mise en place de projets communs

Les Directeurs de structures étant tous confrontés aux mêmes obligations, et n'étant pas experts sur tous les sujets, ont un intérêt à travailler ensemble. Ainsi, un travail d'élaboration de modèles types, comme les outils définis dans la loi 2002-2[13] (Règlement de fonctionnement, contrat de séjour…) a été mis en place. Chaque établissement nomme un représentant (Directeur, Directeur adjoint, Attaché d'administration Hospitalière, cadre de santé…) afin de participer à un groupe de travail élaborant un document. Le document final présente toutes les mentions utiles et règlementaires. Les établissements n'ont ainsi plus qu'à le compléter afin de l'adapter à leurs spécificités.

Par ailleurs, un collectif de formation a été mis en place. L'objectif de ce collectif est de mutualiser, entre les établissements de la direction commune, des formations. Les agents

[13] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

concernés sont ceux des EHPAD en direction commune, des centres hospitaliers et ceux de la gériatrie du CHRU.

E) Un réseau naissant de professionnels

Les réseaux professionnels constituent le fondement de toute coopération. Outre le réseau des Directeurs décrit *supra*, le CHRU a mis en place des réseaux thématiques, notamment pour les cadres de santé, les finances et les RH. Ces réseaux, bien qu'appréciés par les agents des EHPAD qui voient en eux un appui du CHRU, restent néanmoins sujets à certaines limites. Organisés par le CHRU, à destination des centres hospitaliers, ils s'avèrent très centré sur les sujets sanitaires. De plus, l'intégration du médico-social est relativement récent.

La construction du département TVMSH est récente, ce qui permet à la fois de bénéficier d'une dynamique d'innovation dans les solutions proposée et d'une volonté de coopération entre les acteurs. Pour autant, ce modèle divisionnel souffre de son principal écueil, le manque de coopération. Centralisée autour d'une Directrice dont le temps est partagé entre l'appui à la gestion des Directeurs d'EHPAD et la représentation du médico-social du CHRU, le temps d'animation à consacrer est fortement réduit.

1.2.3 Les limites de ce modèle divisionnel dans la construction d'une coopération

A) Un système exclusivement financé par le CHRU de Nancy

Le système, tel qu'il est conçu, repose sur la prise en charge financière exclusive, par le CHRU, d'un poste de Directeur. L'objectif de ce poste est double : d'une part, aider les EHPAD en difficulté et bénéficier et d'autre part, faire bénéficier les centres hospitaliers d'une expertise médico-sociale. Pour les EHPAD de la direction commune, aucun transfert de fond n'est opéré pour couvrir cette charge, contrairement au centres hospitaliers (Par le biais du budget G (GHT) par exemple[14]). Aussi, les prestations des directions fonctionnelles et les éventuels audits organisés par le personnel du CHRU ne sont également pas facturés aux établissements. Ce système, bien que conçu à l'origine pour rassurer les élus locaux, soulève quelques limites. En effet, les équipes du CHRU, en tension sur leurs missions principales, peinent à dégager du temps pour cette aide précieuse pour les EHPAD.
De plus, les établissements, conscients de la gratuité des prestations, se limitent dans les expertises, parfois nécessaires.
Pour finir, le CHRU doit se justifier sur son intérêt à participer à un tel système.

Plusieurs pistes de financement existent, présentant leurs avantages et leurs limites :

[14]https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3967/2021_14_traitement_des_groupements.pdf

L'adhésion des EHPAD a une structure commune, comme le GHT, les faisant participer à hauteur de leurs moyens, constitue la solution classique. Les établissements, à l'instar des autres membres du GHT, cotiseraient à un budget commun, en échange de prestations mutualisées. Ce système présente néanmoins deux difficultés touchant à l'environnement politique. La première difficulté tient au fait que cette solution contreviendrait à la promesse faite aux élus de ne pas facturer l'aide apportée aux établissements. La seconde, au fait que le GHT et les coopérations sanitaires en générale sont principalement centrées autour de problématiques sanitaires. Les réseaux existants souffrent actuellement de cette difficulté, freinant leur développement au médico-social ; Les achats prennent en compte des besoins sanitaires et très peu médico-sociaux. Ainsi, les prestations dont bénéficieraient les établissements ne seraient pas ou peu adaptées. Le poids de la cotisation pourrait également être importante. Pour finir, les Directeurs d'EHPAD interrogés ne trouvent pas cette solution pertinente.

La participation financière de l'Agence Régionale de Santé (ARS), au titre de la coopération territoriale. Le CHRU, par son action, apporte un appui sur l'ensemble du département à des établissements publics isolés, souffrant pour certains de lourdes problématiques que l'établissement n'aurait pu surmonter seul. Ainsi, partant du constat que les établissements ne peuvent financer l'aide, que ce poids financier ne peut reposer exclusivement sur le CHRU, il pourrait être envisagé que les autorités de tutelles financent une telle action territoriale. Cependant, du point de vue de l'ARS et du département, ce système fonctionnant actuellement sans financement de sa part, elles ne possèdent aucun intérêt à changer de position. Les autorités de l'État, étant également sujettes à la bonne gestion des deniers publics, seule une remise en cause de ce système pour insuffisance de financement ou la présentation d'un projet d'accompagnement plus avancé permettrait une remise en question de cette position.
Partant de ce constat, sans redistribution financière, l'appui apporté par le CHRU ne pourra être plus important. Ainsi, des solutions peuvent être envisagées, et présentées aux élus, à conditions qu'elles soient dans l'intérêt principal des EHPAD de la direction commune.

Le paiement à la prestation semble être la solution, permettant de répartir la prestation aux besoins réels des établissements. En effet, la participation à un pot commun de prestations, qui plus est sanitaires, est une solution difficilement convaincante. Les entretiens ont révélé que les Directeurs souhaiteraient pouvoir payer les sollicitations qu'ils demandent, en particulier les audits cuisine, incendie… *« Je trouve que nous sommes dans une situation délicate. J'aimerai solliciter les compétences du CHRU plus souvent, car ils apportent de vraies expertises. Cependant, la gratuité du service donne le sentiment de les déranger. C'est pour cela que lorsqu'une demande reste sans réponse on ne la relance*

pas. Le fait de payer la prestation permettrait de bénéficier d'une légitimité supplémentaire et de pouvoir également obtenir des attentes sur le rendu final de la prestation d'audit. De plus, les prestations du CHRU reviendraient moins chères que la même réalisée par un prestataire privée ».

Néanmoins cela ne concerne qu'un type de prestation, celles du type audit, courtes, assorties d'un livrable.
Les prestations du type audit, seraient facturée à l'établissement demandeur. L'avantage de cette prestation est qu'elle correspond à une demande de l'établissement, le système étant parfaitement modulable et adaptable. Il suppose néanmoins l'accord du CHRU et des services concernés, la réflexion autour du type de prestation et le calcul de leurs coûts. La demande n'étant pas forte de la part des établissements ou à l'inverse demandée régulièrement, selon un calendrier défini en amont, sur ces prestations d'audits, elles n'en seront que moins contraignante pour les services effecteurs du CHRU.
Politiquement, cela permet d'inscrire la redistribution des EHPAD dans un système qui leur correspond, prenant en considération leurs besoins propres et s'adaptant également aux souhaits des Directeurs. Vis-à-vis des directions fonctionnelles du CHRU, l'appui opéré sera directement valorisé.
Cependant, pour les prestations d'expertise ponctuelles, comme la réponse à une question technique RH ou financière, resteraient gratuites car peu consommatrices en ressources.
Par ailleurs, cette aide ponctuelle est une compétence sanitaire, ne pouvant remplacer la constitution d'un pôle de ressources spécialisées dans le secteur médico-social.

Le recrutement d'agent ou du temps agent dans le département du CHRU pour assurer une prestation médico-sociale. Les établissements mutualiseraient une compétence et l'adosserait au CHRU pour que l'agent recruté bénéficie de la compétence des directions fonctionnelles du CHRU. Pour ces fonctions spécialisées, comme la qualité, ces agents suivraient la responsabilité hierarchico-fonctionnelle des directions communes, à ceci près qu'ils la hiérarchie (line) serait assurée par l'ensemble des Directeurs d'EHPAD. Ce système en apparence très lourd pourrait trouver par les développements suivants, une souplesse nécessaire. Plébiscité lors des entretiens des Directeurs, il présente l'avantage pour les établissements de bénéficier d'une vision commune, et de l'expertise du CHRU couplée à une action concentrée sur le médico-social.

Cette problématique n'est pas la seule à se poser dans l'organisation actuelle. D'autres comme les freins aux projets méritent une attention.

B) Une coopération étouffée par la centralisation et la dépendance au CHRU

a) La fluidification des parcours : Seule contrepartie à l'aide octroyée

La raison principale invoquée par le CHRU de Nancy d'accompagner les EHPAD de son territoire est la possibilité de fluidifier les parcours de ses patients et de libérer des lits. Ainsi, le parcours défini est le suivant : La personne âgée lorsqu'elle entre aux urgences, sera transférée une fois stabilisée en lit de médecine. Une fois soignée, lorsque cela est possible un retour à domicile sera privilégié, dans le cas contraire, elle sera accueillie en USLD en attendant une place en EHPAD. Les places en EHPAD sont ainsi appelées « *l'aval de l'aval* ».

Cependant, le parcours ainsi décrit n'est pas imposé aux EHPAD. En d'autres termes, il leur est demandé d'apporter une attention particulière aux dossiers provenant des services du CHRU. Les EHPAD restant parfaitement autonomes dans leur gestion, et respectant également le libre choix du résident et le principe d'égalité des usagers du service public ne peuvent privilégier ces dossiers uniquement sur des critères objectifs. Ainsi, des procédures de simplification et d'harmonisation des dossiers administratifs ont été entrepris. De plus, un travail sur les réseaux des médecins permettrait d'obtenir plus facilement des informations et de la confiance, accélérant ainsi les processus d'admission. En dehors de ces projets utiles au CHRU, aucune contrepartie n'est demandée aux établissements.

Le rattachement au CHRU pour ces raisons est la base de cette coopération. Pour autant, les entretiens réalisés transcrivent la volonté des établissements et de leurs agents de travailler ensemble sur des sujets les concernant directement.

b) Une autonomisation dans l'élaboration des projets à trouver

Les projets évoqués *supra* ont tous été portés à l'initiative de la Directrice du département TVMSH. Les acteurs, présents à ces groupes de travail, ne prennent néanmoins pas l'initiative de porter des projets communs. Les entretiens ont révélé plusieurs causes à ce manque d'autonomie.

La structuration récente du département et du recrutement des Directeurs (moins d'un an) ont permis la mise en place des actions évoqués, en progression constante.

La position du Directeur du département et le temps qu'il aurait à y consacré. Tous les Directeurs, plus ou moins expérimentés, ont décrit l'évolution lors d'une prise de poste. La première année est particulièrement consommatrice en temps, tenant au fait que le Directeur doit prendre ses marques et découvre le fonctionnement de l'établissement. S'y ajoute pour certains établissements, des difficultés importantes à relever afin de stabiliser

l'établissement. Ainsi, le temps que le Directeur peut consacrer à ces actions de coopération est moindre, tendant néanmoins à s'améliorer avec le temps. Les Directeurs étant, pour les plus anciens, présent depuis moins de 2 ans, cela explique également le manque d'initiative.

Enfin, la position du Directeur dans son établissement est différente de celle du Directeur au sein du CHRU. En effet, les contraintes au CHRU sont pensées à l'échelle du territoire, en prenant en compte les ressources disponibles dans chacun des établissements. Le Directeur au CHRU bénéficie d'une vision holistique sur les situations, lorsque ses homologues sont concentrés sur son propre établissement.

c) La volonté d'être plus intégré à la coopération

Il ressort des entretiens menés avec les Directeurs, la volonté de participer davantage à la coopération avec les autres établissements et avec le CHRU. Ainsi, les Directeurs ne souhaitent pas se concentrer exclusivement sur leur établissement, mais également porter des projets sanitaires ou médico-sociaux.

Un Directeur a exprimé le souhait de porter des missions sur la partie « Ville Hôpital », l'autre compétence du département. Un autre, de se spécialiser dans un domaine comme les RH, les finances… que ce soit pour les comptes des EHPAD ou dans le domaine sanitaire, en lien avec le CHRU. Tous soulignent une volonté de leur part et de leurs agents de coopérer et de partager leurs informations, pratiques et travail.

La dynamique de coopération exprimée par les acteurs doit ainsi être accompagnée par une organisation plus formalisée, décentralisée et indépendante du temps libre de la Directrice du département.

2 Le nouveau département Médico-Social Hôpital : Démarche d'élaboration d'une organisation innovante

La nouvelle organisation doit répondre aux besoins et enjeux exprimés précédemment. Pour ce faire, il est nécessaire de comprendre ce qu'est une organisation et quels sont ses éléments constitutifs, d'un point de vue théorique mais également pratique en analysant d'autres coopérations similaires (2.1). Une fois le cadre compris, la nouvelle organisation centrée autour de l'autonomie des établissements peut être pensée, en y ajoutant des concepts innovants telles que les communautés de pratique (2.2)

2.1 La nécessaire formalisation d'une organisation autour d'une vision et d'une identité commune

Différents modèles d'organisation existent, poursuivant des objectifs propres, c'est pourquoi il convient de les analyser afin de savoir s'ils répondent aux besoins de l'organisation à construire (2.1.1). Par la suite, la compréhension du cadre théorique des organisations permettra de construire une nouvelle organisation et en y assembler les éléments nécessaires (2.1.2)

2.1.1 Retour sur les coopérations existantes dans le secteur médico-social

Avant de définir une nouvelle forme de coopération, il convient de dresser le tableau de l'existant. La liste ne pouvant être exhaustive, elle comprend la forme de coopération la plus utilisée, le GCSMS (A), puis une nouvelle version potentiellement obligatoire, le Groupement Territorial Social et Médico-Social (GTSMS) (B) ainsi qu'une forme innovante dans une organisation comparable, la fédération (C). Les possibilités d'adoption d'autres formes d'organisation telle que l'intégration complète des EHPAD au CHRU ou leur adhésion au GHT sont écartées pour les raisons évoquées *supra*.

A) <u>Les GCSMS : l'outil plébiscité du secteur médico-social</u>

a) Cadre théorique du GCSMS

Le Groupement de coopération sociale et médico- sociale (GCSMS) est l'outil juridique plébiscité dans ce domaine. Il permet à ses membres d'obtenir une personnalité juridique pour leur coopération et la mutualisation de personnels et de compétences. Prévu au 3° de l'article L312-7 du Code de l'action sociale et des famille (CASF), le GCSMS peut :

« *a) Permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention ;*

b) Être autorisé, à la demande des membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 312-1 et à assurer

directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation après accord de l'autorité l'ayant délivrée ;
c) Être chargé de procéder aux fusions et regroupements mentionnés au 4° du présent article ;
d) Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux avec les personnes mentionnées au premier alinéa et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique ;
e) Être chargé pour le compte de ses membres des activités de pharmacie à usage interne […] »

b) Cadre pratique du GCSMS

Lors de mes entretiens, j'ai pu interroger un Directeur dont l'établissement est membre d'un GCSMS voisin à notre coopération : le GCSMS de la Meuse. Son fonctionnement est semblable à ceux que j'ai pu constater lors de mes recherches sur le sujet. Le GCSMS est utilisé pour la mutualisation de compétences comme la qualité et l'informatique. De plus, il nécessite la nomination d'un administrateur pour sa gestion. Les établissements participent au budget commun selon un tarif prenant en compte le nombre de places autorisées. Cependant, le GCSMS fait actuellement face à certaines difficultés. La cotisation est devenue, pour certains membres, trop élevée eu égard aux prestations fournies.

Le principal écueil de ce système reposant sur la mutualisation de compétences et de personnels est la nécessaire unanimité des membres sur prestations fournies. Tous les membres doivent trouver un accord sur les compétences à mutualiser et les modalités de son opérabilité, aux risques, dans le cas contraire, de créer une cassure. Cet écueil n'est pas isolé ; un Directeur d'EHPAD rattaché au CHRU de Nancy a évoqué, lors de l'entretien, le même constat, tiré de son expérience professionnelle antérieure.

Le GCSMS est une enveloppe juridique plébiscité pour sa personnalité juridique permettant aux membres d'une coopération d'agir en un seul nom. Cependant, l'intérêt d'une telle personnalité juridique réside dans la possibilité de mutualiser des compétences pour le compte de ses membres. Participant à un pot commun, les établissements peuvent ne pas souhaiter financer l'une ou l'autre prestation où juger que l'efficacité de sa réalisation serait meilleure si elle était assurée en interne.

B) Le GTSMS : Un nouveau modèle en cours de création

Le Groupement Territorial Social et Médico-Social (GTSMS) incarne le pendant du GHT dans le secteur médico-social, en utilisant la forme du GCSMS. Ce dispositif vise à améliorer la coordination et la coopération entre les établissements et services sociaux et

médico-sociaux (ESMS) au sein d'un même territoire, comme le décrit Vang, dans *Gestions Hospitalières* (2023).
Le GTSMS permet de mutualiser les ressources et les compétences pour offrir des services plus intégrés et efficaces aux usagers. Le cabinet *Houdart & associés* (2023), recense les compétences mutualisées possibles prévues dans les propositions de lois :
« *1° La fonction système d'information : la convergence des systèmes d'information des membres et la mise en place d'un dossier de l'usager permettant une prise en charge coordonnée ;*
2° La formation continue des personnels ;
3° La démarche qualité et la gestion des risques ;
4° La gestion des ressources humaines ;
5° La gestion des achats ;
6° La gestion budgétaire et financière ;
7° Les services techniques. »

S'inspirant des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), notamment pour son caractère obligatoire, il doit prendre en compte les spécificités du médico-social. Ainsi si dans le milieu sanitaire un CHRU ou un CHR peuvent facilement incarner l'établissement support, à même de porter les fonctions « *pour le compte des membres du groupement* », cela semble plus compliqué lorsque tous les établissements sont de taille similaire.

Souffrant des mêmes écueils que ceux du GCSMS dont il tire son origine, il ne permet pas de répondre aux besoins d'autonomie exprimé *supra*. Son caractère obligatoire imposant de le prendre en compte, il convient néanmoins de pousser l'analyse sur les autres coopérations possibles.

C) La fédération : Exemple de la fédération hospitalière « HOLLEN » en Bretagne

A contrario des modèles intégratifs, certains modèles comme la fédération permettent une coopération des acteurs tout en préservant leur autonomie. Ce modèle répondant à des critères légaux (a) sera analysé sous le prisme de la fédération « HOLLEN » en Bretagne occidentale (b). Cette analyse permettra de définir si ce modèle peut être une solution aux difficultés rencontrées par le département TVMSH (c).
La présentation de ce modèle se base sur l'entretien compréhensif d'un élève Directeur en stage long au CHU de Brest, membre de cette fédération. Il a été complété par un échange avec une Directrice en charge du médico-social des centres hospitaliers, membres également de cette fédération.

a) Définition de la fédération

D'après le Centre National des Textuelles et Lexicales (CNRTL), une fédération est un « *Groupement, en une seule, de plusieurs associations poursuivant un but commun* » ou un « Groupement organique de plusieurs sociétés constituée ». La fédération diffère de l'association par la personnalité de ses membres, tous personnes morales. Juridiquement, elle reste soumise à loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association. La fédération peut ainsi être définie comme la coopération de structure de santé poursuivant un objectif commun. Cette coopération entraînant la création d'une personnalité morale unique.

b) Présentation de la fédération « HOLLEN » en Bretagne

Signifiant « Ensemble » en breton, cette fédération est aussi récente, 1 an, que la création du département TVMSH. Actuellement la fédération, bien que fonctionnant, ne possède pas d'enveloppe juridique, liée au dépôt des statuts en préfecture.

La fédération regroupe les centres hospitaliers de la Bretagne occidentale, membres ou non du GHT du même nom. Le périmètre de ce GHT est approximativement le même que celui des établissements de la direction commune du CHRU de Brest (Comprenant une dizaine d'établissements). Créée pour favoriser la coopération entre les centres hospitaliers, elle se concentre autour de l'élaboration de projets commun et non la mutualisation des équipes comme cela est généralement le cas. Les membres ont ainsi défini comme premier projet l'élaboration d'une trame commune pour leur projet d'établissement.

Par ailleurs, ils se réunissent une fois par mois pour échanger sur leurs pratiques et leur expérience. La fédération bénéficie également de l'appui d'une chargée de mission, présente sur le pôle gériatrie de l'établissement du CHU de Brest, en charge également de suivre les projets de cette fédération.

La coopération est cependant principalement tournée vers la qualité et l'évaluation HAS, du fait de l'actualité.

Lors de l'entretien, les mêmes écueils sur le dynamise de coopération ont été recensés. Cette coopération est centrée autour du CHRU de Brest, et de sa chargée de mission, réalisant ainsi les projets pour le compte des établissements. L'enveloppe juridique liée au statut de fédération ne semble également pas influencer le fonctionnement de ce système.

La fédération, ne souhaitant pas embaucher, sa personnalité juridique n'est destinée, actuellement, qu'à permettre la réponse à des appels à projets en commun.

c) Un modèle à adopter ?

Ce système, semblable à celui du CHRU de Nancy, diffère par la nature des parties en présence, des centres hospitaliers. Néanmoins, il y est tout à fait transférable. L'organisation étant moins évoluée que celle du département DTVMSH, les plus-values sont à chercher dans l'adoption d'une vision commune et par le statut de fédération. Ce statut par l'intermédiaire d'une personnalité juridique, sert à représenter les membres sous une seule personne, intéressant pour la réponse à des appels à projets en commun.

2.1.2 Le choix d'un nouveau modèle d'organisation et la définition de son fonctionnement

A) Chronologie des organisations

Toutes ces organisations ne se trouent pas au même niveau de maturité. Il est essentiel de comprendre ce que Quinn et Cameron (1983) nomment « Le cycle de vie des organisations ».

Le cycle de vie d'une organisation est une analogie biologique permettant d'évaluer la maturité d'une organisation. Bien que différant par le nombre d'étapes d'évolution inventoriées et par la nature des variables utilisées il est possible d'en dresser une synthèse (Desreumaux (2015)) :

TABLEAU 5.3

Le cycle de vie de l'organisation

Phase entrepreneuriale	Phase « collectivité »	Phase formalisation et contrôle	Phase d'élaboration structurelle et d'adaptation
rassemblement de ressources profusion d'idées activités entrepreneuriales absence de planification et de coordination création d'une « niche » pouvoir détenu par l'inspirateur du projet	structure et communications formelles sens de la collectivité et de la mission degré élevé d'implication des individus travail intense	formalisation des règles structure stable accent sur l'efficience et le maintien conservatisme procédures institutionnalisées	affinement de la structure décentralisation expansion du domaine d'activité adaptation renaissance, revitalisation

Suivant ce tableau, le département se situe dans la toute première phase, celle dite « entrepreneuriale », marquée par l'effusion d'idées et l'absence, ou le manque de planification et coordination.

La formalisation telle que décrite à travers ce mémoire constitue la transition entre cette première phase et la deuxième phase nommée « Phase de collectivité ». Les bases sont

ainsi à construire, et le fonctionnement à décider. Pour ce faire, il convient d'analyser les composantes d'une organisation.

B) La définition d'une organisation

Une organisation peut être définie de plusieurs manière. Pour Parsons (1964) son *« orientation vers l'atteinte d'un but spécifique est la caractéristique de l'organisation qui la distingue des autres types de systèmes sociaux ».*

Cette notion de but spécifique est reprise et précisée par Schein (1970) dans sa définition Pour cet auteur, *« une organisation est la coordination rationnelle des activités d'un certain nombre de personnes pour l'atteinte d'un but explicite commun, via une division du travail et une hiérarchie de l'autorité et des responsabilités ».*

Dès lors, le premier pas de l'organisation est l'élaboration d'un objectif commun, d'une structure hiérarchique précisant également le rôle et les responsabilités de chacun.

Actuellement, appliquée au sujet d'analyse, c'est-à-dire le CHRU et ses EHPAD, la vision commune n'est pas clairement définie par les acteurs. L'ensemble des Directeurs d'EHPAD sont sous la hiérarchie de la Directrice du département TVMSH.

La définition de l'organisation actuelle est relativement floue, les acteurs connaissent bien le périmètre de leurs actions et de leurs responsabilités au sein de leur établissement, ce qui n'est pas le cas à l'échelle de la coopération.

De plus, la Directrice du département endosse plus un rôle de soutien dans l'exercice de leurs fonctions que de définition d'objectifs et de supervision leur gestion des EHPAD.

Le premier pas de la création de cette nouvelle organisation est ainsi la définition d'une vision commune.

C) Les composants de l'organisation

La définition de l'organisation, en d'autres termes le choix du fonctionnement de celle-ci doit être pensée en amont. Pour *ARHNE G. et BRUNSSON N. (2011)* ces décisions sont : « *des énoncés manifestant des choix conscients sur la manière dont les gens doivent agir et quels types de distinctions, d'identités et de classifications ils doivent opérer. »* Ces auteurs soulignent l'importance de s'arrêter et de communiquer sur les composants définis dès la création de l'organisation.

Ainsi, l'organisation est composée de certains éléments essentiels, qu'il convient d'étudier. Ces éléments permettent de structurer le fonctionnement de l'organisation et les relations de ses membres. Deux nombreux ouvrages proposent leur classification des composants d'une organisation. Ce mémoire s'appuie sur la classification contenue dans l'ouvrage écrit par Alain DESREUMAUX (2015).

Selon cet auteur, les éléments constitutifs d'une organisation sont classés en deux catégories, les composants structurels et les composants processuels.

a) Les composants structurels d'une organisation

Une organisation est en premier lieu constituée d'une structure générale. Son objectif est de traduire *« la façon dont les tâches et les responsabilités sont distribuées entre les participants. Cette répartition se traduit par* ***une division verticale ou hiérarchique du travail****, c'est-à-dire à la définition de différents niveaux de responsabilité de prise de décision, et par une division horizontale du travail qui exprime les modalités variables de spécialisation des tâches. »*
En pratique, cette structure générale est représentée par un organigramme et les fiches de poste, permettant d'obtenir un visuel sur le rôle de chacun et la hiérarchie des responsabilités.

Le second élément concerne les procédures. Elles comprennent un « *ensemble d'éléments structurels de l'organisation correspond à tout ce qui permet de spécifier les comportements attendus des participants. Il s'agit tout d'abord des règles, des standards, des procédures qui précisent comment les différentes tâches doivent être accomplies. […]*

b) Les composants processuels d'une organisation

Les composants processuels d'une organisation se rapportent à son fonctionnement régulier. Ils ont vocation à assurer la « *conjugaison des efforts des participants de façon à atteindre une bonne performance* ». Parmi ces éléments, 3 sont particulièrement importants :

Le processus d'intégration s'attache à assurer la bonne coordination des actions des membres. Il repose sur la division d'une tâche globale entre ces membres en tâches plus spécialisées. La réussite de ce travail suppose l'articulation harmonieuse de l'ensemble de ces activités.

Le processus de contrôle (ou de supervision) vise à fixer des objectifs et permet de vérifier, mesurer l'avancement des projets et des tâches confiées aux les membres de l'organisation. Le terme « contrôle » adopte une acception large, ne renvoyant pas uniquement à la seule vérification de la réussite, mais à la conception et au soutien dans sa mise en œuvre.

Le processus de récompense *comprend « tout ce qui permet d'assurer la motivation des membres de l'organisation à contribuer positivement à la réalisation du projet, l'atteinte des*

buts et des objectifs. » Les projets, aussi séduisants peuvent-ils être, ne suffisent pas seuls à attirer les participants. C'est pourquoi ils doivent être accompagné de système de récompenses, adapté aux efforts fournis et aux participants. Ces récompenses peuvent être diverses comme la rémunération, l'amélioration des conditions de travail, une reconnaissance pour le travail…

Ces composantes ont été recensées dans le tableau ci-dessous par Desreumaux (2015) :

TABLEAU 1.1

Composants de l'organisation et traduction concrète

COMPOSANTS			**CHOIX**
Structure générale	hiérarchie	Nombre de niveaux	faible (structure plate) ou élevé (structure élancée)
		Autorité	centralisée ou décentralisée
		Lignes de reporting	unique ou multiple
	spécialisation	Critère de spécialisation	fonction, produit, processus, zone géographique, etc.
		Type de rôles	rôles de spécialistes ou rôles de généralistes
	procédures : règles, programmes		obligatoires ou discrétionnaires comportement basé sur les règles ou comportement basé sur les relations
Processus d'intégration			vertical ou horizontal degré de formalisation : contact direct, rôles de liaison, coordinateurs, équipes, task forces, etc.
Processus de contrôle			contrôle personnel ou contrôle bureaucratique contrôle basé sur les résultats ou sur les comportements, ou contrôle par la culture
Processus de récompense			critères : niveau hiérarchique, performance, prix du marché, récompense individuelle ou de groupe fréquent ou périodique

2.2 La construction d'un modèle innovant reposant sur l'autonomie des établissements

L'organisation souhaitée étant concentrée autour de l'autonomie des acteurs, la communauté de pratique est un système pouvant s'y insérer parfaitement. La présentation du concept de « communauté de pratiques » et son application *infra* reposent sur des recherches théoriques, tirées de la revue Gestion (2010), pratiques (tirées d'un entretien avec une designeuse pour l'Eurométropole de Metz animant 2 communautés de pratiques différentes), en prenant en compte les besoins des professionnels (échange avec les Directeurs d'EHPAD et le personnel administratif des EHPAD)

2.2.1 La communauté de pratique : Le système idéal de coopération entre entités autonomes ?

A) Les communautés de pratique : définition et intérêts

Le concept de « *communauté de pratique* », a été mis en évidence depuis une trentaine d'année, notamment par les travaux pionniers de Lave et Wenger (1991), d'Orr (1990) ainsi que de Brown et Duguid (1991).
Selon Patrick Cohendet, Joanne Roberts et Laurent Simon (2010), une communauté de pratique peut être définie comme « *un groupement d'individus partageant un intérêt commun et échangeant entre eux leurs connaissances et leurs compétences de manière créatrice afin d'accroître l'efficacité des organisations* »

Ces communautés se sont développées dans de grandes entreprises, fonctionnement principalement en silos, selon une structure divisionnelle (de marché), telles que International Business Machines Corporation (IBM), Boeing, Électricité de France (EDF) ou encore Ubisoft. L'objectif principal de ces communautés est de partager les connaissances entre le personnel d'une même fonction, exerçant dans des structures géographiquement différentes. S'appliquant très bien à un modèle divisionnel comme les entités marché de ces entreprises, elles poursuivent un objectif semblable à celui des EHPAD du CHRU - étant tous des petites divisions avec du personnel (RH, finance, psy…) n'ayant pas de pair au sein de leur structure mais au sein des autres EHPAD.

Les communautés de pratiques reposent sur le sentiment d'appartenance multiple. Les agents appartiennent à leur entité et également à une communauté de pratiques, de pairs. Ils agissent avec leurs pairs pour le bien de leur entité.

L'idée serait ainsi de réunir les professionnels des EHPAD, comme les AAH, les cadres de santé, les animateurs, les psychologues et certains agents administratifs comme les RH ou

finances afin qu'ils échangent sur les problèmes qu'ils rencontrent et qu'ils participent à des projets communs.

B) La construction d'une communauté de pratique

a) Communauté de pratique spontanée et communauté de pratique pilotée

Il existe deux schémas de construction d'une communauté de pratique : la communauté pilotée et la communauté spontanée.

La communauté de pratique spontanée est une communauté née et construite à l'initiative de ses membres, selon un objectif qui leur est propre. Ce type de communauté se caractérise par un fort engagement des membres et d'une autonomie importante. Néanmoins, elle requiert l'adhésion de la hiérarchie afin de pouvoir exister professionnellement. Dans le cas contraire, les agents seront contraints de se réunir en dehors du temps de travail et les projets ne seront pas facilement diffusables.

Les communautés de pratique pilotées se distinguent des communautés spontanées en ce qu'elles ne sont pas créées par les membres eux-mêmes mais par la direction. Elles bénéficient également d'un soutien important de la hiérarchie, ce qui lui permet de lever les barrières liées au temps dévolu, aux freins de mise en place et à l'animation. Cependant, l'autonomie de la communauté est plus faible, liée à la volonté de la direction.

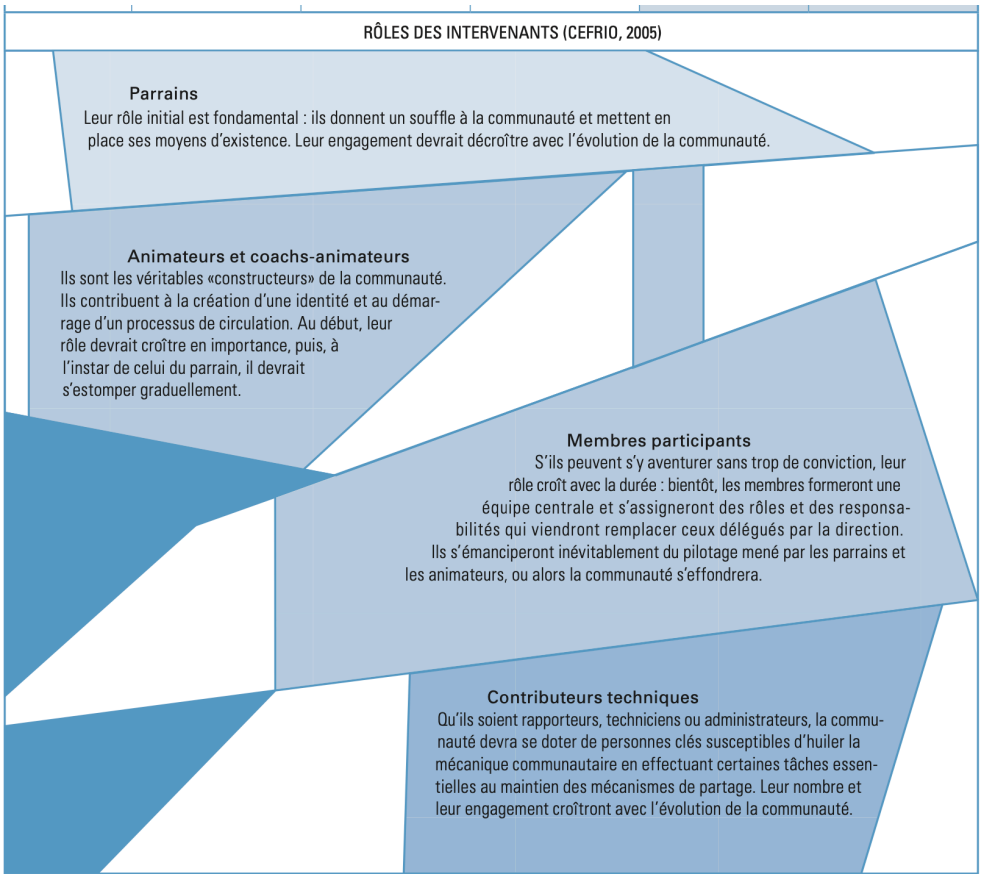
Pour assurer un bon fonctionnement de la communauté, la hiérarchie doit éviter de succomber à ce que Josserand et Saint Léger (2004) nomment la « tentation de la hiérarchie » : il lui faut accepter que l'organisation formelle ne puisse tout savoir ni tout décider, en maintenant une distance raisonnable par rapport à la communauté de pratique. Le problème du pilotage est « la capacité d'une organisation hiérarchique à stimuler sans étouffer ».

De plus, les entretiens avec les Directeurs ont relevé une réticence de leur part à mettre en place des communautés de pratiques. Cela dépendant néanmoins de la catégorie de professionnels concernée. Les Directeurs redoutent un conflit de loyauté et une diffusion de connaissance incontrôlée. En effet, la remise en cause des pratiques est dans l'essence de la communauté.
La rencontre et l'échange d'informations entre professionnels d'établissements à la taille et à l'organisation différentes pourrait remettre en cause les décisions prises par le Directeur. Ces derniers soulèvent des réticences face à la création de rumeurs ou la remise en cause devenant incontrôlable, de l'organisation de l'établissement.

Cependant, ces constats inexorables ne doivent pas cacher avantages liés à la mise en place de communautés. Ces dernières ne seront pas totalement libres mais pilotées, dirigées en quelques sortent par les Directeurs. Il s'agit d'orienter les efforts des membres vers des actions utiles aux EHPAD. Ainsi, bien qu'une remise en cause de l'organisation et des pratiques soit inévitable, la pédagogie et la réponse aux interrogations des membres permettra surmonter ces premières interrogations.

b) Les acteurs de la communauté de pratique

Les communautés de pratiques comprennent 4 rôles différents pour assurer leur bon fonctionnement : Les parrains, les animateurs, les membres ressources (contributeurs techniques) et les membres participants.



Les parrains sont incarnés par la hiérarchie. Le rôle du parrain est de faciliter la mise en place de la communauté de pratique et de lui donner le souffle nécessaire à son lancement. Une fois la communauté mise en place et fonctionnelle, il se désengagera progressivement, n'assurant plus qu'une facilitation pour la promotion des connaissances et la diffusion des actions au sein de l'environnement professionnel.

L'animateur est le moteur de la communauté de pratique, jouant un rôle clé pour maintenir l'engagement et la motivation des membres tout en favorisant un environnement propice à

l'apprentissage et à la collaboration. Le rôle d'animateur étant important et très consommateur de ressources, il est préférable que l'animation soit bicéphale.
Les animateurs facilitent les discussions pour que chacun puisse s'exprimer, ils ne sont en aucun cas les chefs de la communauté. En pratique, ils organisent des réunions régulières avec un ordre du jour et partagent des ressources utiles pour enrichir les échanges. En créant un environnement sûr et inclusif, ils s'assurent que les membres se sentent à l'aise pour partager leurs idées. Les animateurs évaluent régulièrement les activités pour répondre aux besoins des membres et promeuvent la collaboration en facilitant les projets communs. Enfin, ils maintiennent une communication claire et régulière.

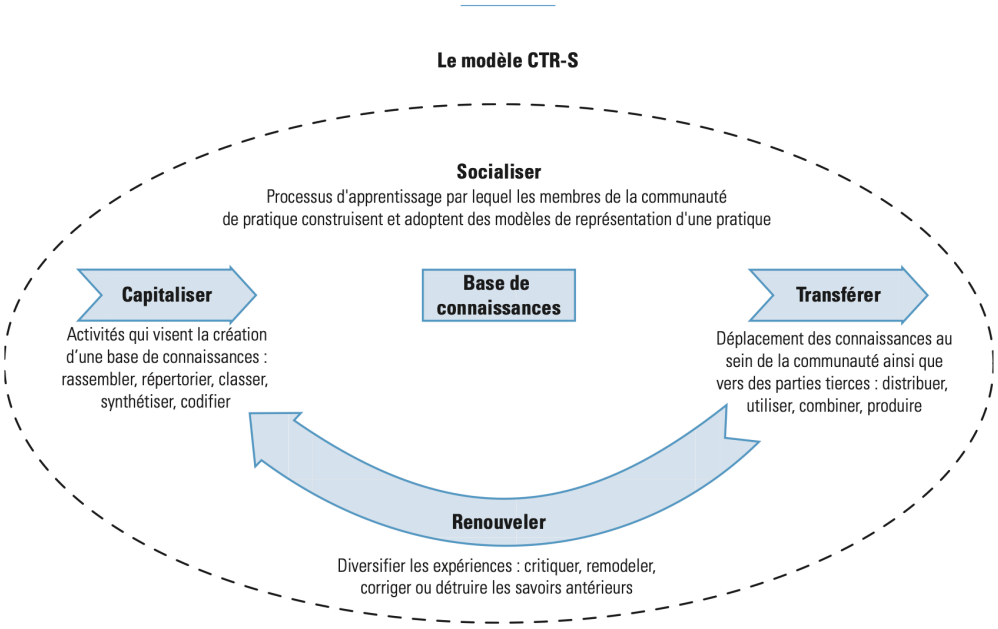
Les membres ressources sont présents lors de communautés de pratiques de tailles importantes. Ils pourraient être considérés comme des membres « actifs », pour qui on demande un travail en amont de réunion pour le bien de la communauté (ne nécessitant pas le travail de tous les membres). Ils sont choisis selon leurs compétences techniques, position ou motivation.

Les membres participants comprennent tous les autres membres de la communauté, pour lesquels aucun rôle spécifique n'est prévu, si ce n'est enrichir la communauté par leur participation.

c) Les outils nécessaires à la mise en place et la diffusion d'une communauté de pratique

La mise en place de la communauté repose sur le partage de connaissance. Pour ce faire, il convient de se référer au modèle décrit par Ballay (2002), adapté par Jacob et Harvey (2005) reposant sur quatre processus : la socialisation, la capitalisation, le transfert et le renouvellement :

Schéma 1



Source : Adaptée de Jacob et Harvey (2005).

La socialisation est l'huile indispensable du processus, devant être présente tout au long de la vie de la communauté. Elle permet l'interaction entre les membres et constitue la base des échanges.

Sur cette base les membres vont échanger leurs connaissances (ressource principale), en la regroupant, la classifiant puis en la diffusant au sein de la communauté. Ce processus est ensuite critiqué puis remodeler afin de s'adapter aux usages de ses membres et d'améliorer son efficacité.

Chaque communauté de pratique requiert un type de soutien unique de la part des parrains. Il ressort des articles de la revue Gestion (2010) la présence de certains éléments conduisant au succès de ces communautés :

- « Piloter les communautés de pratique en fonction de la catégorie de personnel et des emplois visés ; »
- « Mettre en place des technologies de l'information et des communications adaptées aux besoins de la communauté de pratique » (Intranet, SharePoint, drive)
- « Trouver un équilibre entre le pilotage de la communauté et le respect de son autonomie » (Renvoi à la tentation de la hiérarchie)
- « Intégrer et utiliser les connaissances apportées par des communautés pour optimiser la performance organisationnelle ; » (Diffusion des actions et des connaissances au sein de l'organisation – formation interne)
- « Adopter des pratiques d'incitation à la participation aux communautés ;

- « Fournir des espaces de socialisation et de rencontres aux membres des communautés de pratique. » (Mise à disposition de salles et de temps de rencontres)

Il existe également des freins à l'efficacité de la communauté de pratique : « *la nécessité de renouveler et de dynamiser continuellement la communauté de pratique ; l'absence de relève ; une gestion formelle réduisant la spontanéité et la créativité ; l'embauche massive de personnel ; et la participation ou la prise en compte insuffisantes de la communauté de pratique dans les projets d'innovation.* »

La communauté de pratique à mettre en œuvre doit ainsi prendre en compte ces prérequis et ces freins pour se développer avec succès. Il ressort des entretiens avec les Directeurs la volonté de tester ce système avec une profession avant de la diffuser plus largement en cas de succès. La profession, non arrêtée pour le moment, doit être familière avec ce type de fonctionnement et bénéficier d'une plus-value à fonctionner en réseaux. Tel peut être le cas des animateurs.

C) L'exemple de l'Eurométropole de Metz

L'entretien compréhensif avec une designeuse de la ville de Metz permet d'illustrer concrètement ce cadre théorique, par l'intermédiaire d'un retour d'expérience sur deux communautés de pratiques distinctes :

La « communauté M2D2 » est une communauté comprenant des membres de tous horizons, travaillant à Metz. Elle a pour objectif de remettre l'écologie au cœur des pratiques et du fonctionnement des organisations. A l'origine pilotée par la hiérarchie de la métropole, elle s'est peu à peu autonomisée du fait de changement de direction. Cette communauté maintenant spontanée et autonome, ne bénéficiant toutefois pas de l'appui de la nouvelle direction. Cela conduit les membres à y consacrer du temps en dehors de leurs heures de travail. Cette communauté est par ailleurs devenue politisée et fonctionne désormais comme une association écologique, adaptée à un environnement professionnel. Elle illustre le cas des communautés qui ne sont plus soutenues par la hiérarchie, mobilisant toutefois des acteurs engagés selon leur propre objectif, ne servant ainsi plus les objectifs fixés par la hiérarchie.

La « communauté de l'inno » est une communauté pilotée par la direction de la métropole de Metz ayant pour objectif de diffuser des pratiques d'innovation au sein de la métropole de Metz. Les membres peuvent y consacrer 3 heures par mois. Les actions relèvent de la sensibilisation, de la formation des membres participants à l'innovation et à la gestion de

projets. Le problème décrit par la designeuse est la motivation des membres, encrés dans une posture « passive ». Cela constitue l'un des écueils d'une communauté pilotée, les membres ayant moins parfois moins de volonté. De plus, les animateurs assurent à ces membres participants des formations en innovation, expliquant également le caractère passif de certains membres.

L'entretien s'est terminé par des conseils pour la mise en place d'une communauté, rejoignant ceux évoqués *supra* : « *La formation aux outils (ex : TEAMS), ne pas multiplier les canaux de partage, trouver la raison d'être de la communauté, multiplier les rencontres afin que les membres se connaissent* ».

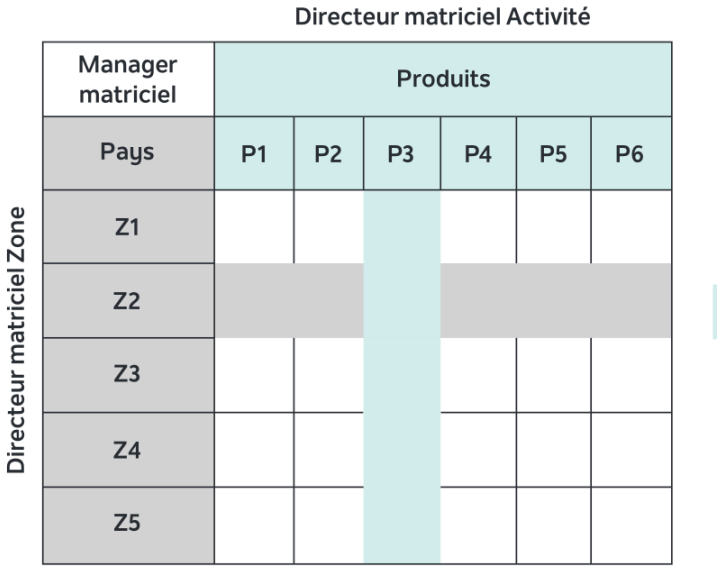
2.2.2 Présentation d'un nouveau modèle pour le CHRU

Le nouveau modèle du département TVMSH du CHRU de Nancy devra faire le choix de garder sa structure divisionnelle ou développer une nouvelle structure (A). En tout état de cause, il est nécessaire de définir la nouvelle organisation et d'opérer les choix de son fonctionnement (B), le choix de développer ou non les communautés de pratiques (C) et de se doter d'une personnalité juridique (D).

A) <u>La mise en place d'une structure matricielle de projet : Un système innovant répondant aux besoins du terrain</u>

Parmi les grandes organisations possibles, l'une d'entre elles combine le système fonctionnel et le système divisionnel. Il s'agit de la structure matricielle.
Le département et ses EHPAD fonctionnant selon la structure divisionnelle évoquée *supra*, les projets ont du mal à émmerger, étant fortement centralisés et dépendant de la Directrice du département. Un modèle plus avancé, celui de la structure matricielle permet de garder cette structure tout en y ajoutant une gestion de projet inter-établissements.

La structure matricielle élaborée par Morin P. et Delavallée (2000) est une organisation hybride combinant les structures fonctionnelles et par projet. Elle est souvent utilisée dans les grandes entités nécessitant une gestion complexe et flexible, comme les entreprises aéronautiques ou technologiques (notamment Airbus). Dans cette structure, les employés ont deux supérieurs hiérarchiques : un responsable fonctionnel et un responsable de projet, comme l'illustre le schéma suivant, élaboré par Giboin B. (2022) :



Adapté à notre département et ses EHPAD, cette structure pourrait prendre la forme suivante :

Premier niveau, les EHPAD et leur Directeur resteraient autonomes dans leur gestion, au sein d'une organisation divisionnelle. Cependant, chaque Directeur serait spécialisé sur un ou plusieurs projets pour le compte des autres établissements, en fonction de ses appétences.

Ainsi, pour le cas du collectif de formation, tous les Directeurs resteraient responsables et autonomes dans leur gestion de la formation des agents de leur établissement. Le Directeur responsable de ce projet pourra librement et directement coordonner les agents responsables des formations pour le bien de ce projet (recensement des besoins, convocations des agents, planification…). Le Directeur de l'établissement restera maître de ses décisions de choisir les agents à envoyer, les formations à mettre en commun…

Chaque projet donnera ainsi lieu à la nomination d'un Directeur de projet, d'une charte de délégation de compétences pour cadrer l'intervention de ce Directeur de projet et d'une communication aux agents.

Un tel système permettrait une meilleure coopération des agents, de manière décentralisée tout en respectant l'autonomie des établissements. Chaque Directeur serait en lien permanant avec la Directrice du département qui aurait pour rôle de veiller à la bonne exécution des projets.

Deuxième niveau, les Directeurs de projets pourraient se spécialiser dans des compétences fonctionnelles telles que les RH, finances, achats, qualité… cela permettrait, toujours sans une délégation totale de compétences, donc sans perdre en autonomie, un appui plus important et une homogénéisation des pratiques. Cette organisation fait écho à

la volonté des Directeurs de se spécialiser dans un domaine et de monter en compétences. Toutefois, il nécessite du temps et ne conviendrait pas à des Directeurs en position sur 2 postes (ex : EHPAD + filière gériatrique).
La structuration matricielle par projet se transformerait en structuration matricielle par compétence. Les agents seraient ainsi rattachés pour la gestion à leur Directeur d'établissements et pour les projets, pour le réseau par un autre Directeur spécialisé. Ce dernier n'aurait pour responsabilité et compétences que celles déléguées dans le cadre d'une convention.

A titre d'exemple, le recrutement d'un qualiticien pour tous les établissements se décomposerait actuellement en ETP, soit 1 jour dans chaque établissement. Chaque Directeur lui donnant ses directives pour son établissement, n'ayant pour harmonie, l'unique vision commune établie potentiellement entre tous. La supervision serait également assurée par chaque Directeur pour son établissement. La centralisation vers l'un des Directeurs d'établissement permettrait d'une part de centraliser les besoins pour dessiner une vision commune et sa déclinaison, d'autre part, de superviser l'action de ce qualiticien de manière générale. Les Directeurs de chaque établissement seraient toutefois libres de contrôler directement l'action du qualiticien sur leur établissement. Cela offre, à l'instar d'une prestation de service, une identification et un cadre général permettant un rattachement du qualiticien à un seul Directeur pour le suivi général de son travail, tout en permettant de prendre en compte les spécificités des établissements.

Troisième niveau, cette structuration permettrait de réaliser un pendant avec le CHRU. Une telle organisation pourrait entraîner la constitution d'un binôme sanitaire / médico-social. Le Directeur référent du médico-social bénéficierait de l'expertise de celui du sanitaire, dont les moyens sont plus conséquents. En contrepartie, le Directeur référent du médico-social pourrait appuyer cet autre Directeur sur les questions médico-sociales des centres hospitaliers (dont il a la charge) et réaliser ensemble des projets communs. Ce système n'entraînerait aucune redistribution financière des EHPAD vers le CHRU, tout en répondant à l'envie des Directeurs de participer à des projets sanitaires et de se spécialiser. Par ailleurs, pour les établissements, cela permettrait de préparer un fonctionnement adaptable à un futur GTSMS, dont l'obligation de constitution pourrait subvenir.

B) <u>La définition du fonctionnement et du cadre à donner à cette nouvelle organisation</u>

Ce nouveau modèle, pour être mis en place doit satisfaire plusieurs étapes et définir son fonctionnement. De ce fait, il commencera préalablement par la réunion l'ensemble des Directeurs d'EHPAD du département ainsi que sa Directrice principale afin de définir un cap, une vision commune à tous les établissements. Une fois la vision commune adoptée,

le travail se concentrera sur le fonctionnement de cette organisation, renvoyant à la division du travail. Pour se faire, en l'adaptant au modèle présenté *supra*, le fonctionnement sera défini autour des 5 composantes définie *supra*.

a) La structure générale

La structure générale renvoie au système hiérarchique, s'incarnant généralement dans un organigramme. Plusieurs options sont possibles :

Rester dans une **structure divisionnelle** en autonomisant les Directeurs sur le pilotage des projets. La coopération se concentrera autour de quelques actions d'harmonisation des pratiques, de mutualisation de compétences, et d'une communauté de Directeurs.

Adopter une **structure matricielle** évoquée précédemment selon le niveau le mieux adapté aux volontés de chacun.
Lors des entretiens, un Directeur à souligner l'importance de l'engagement de chaque acteur dans la coopération comme gage de succès. En effet, si tous ne « *jouent pas le jeux* » et bénéficient de la coopération, cela peut créer une démotivation des autres. L'implication des membres constituera également un facteur non négligeable du choix de la nouvelle structure.
Une fois le modèle défini, le rôle et les responsabilités de chacun devront être définies, inscrites et communiquées. Ces règles constituent le fondement de la nouvelle organisation.

b) Les procédures

Les procédures seront définies tout au long de la vie de l'organisation. Elles sont le fruit de toutes les actions entreprises par l'organisation et sur lesquelles elles souhaitent communiquer. Gage d'efficacité, d'égalité et de rapidité, elles doivent être connues de tous et facilement accessible ans un espace commun. Elles doivent également être mises à jour autant de fois que nécessaire et s'adapter aux pratiques.
Elles permettront de gérer les projets, les responsabilités et le rôle de chacun. Elles permettront également une harmonisation des pratiques entre les établissements.

c) Le processus d'intégration

Le processus d'intégration doit décrire comment sont réaliser les tâches. Il définit les acteurs aux delà des seuls Directeurs, les projets, leur fonctionnement, les actions à mener, les objectifs à atteindre. La création d'un espace commun de type intranet, drive, *SharePoint*, ouvert à chaque professionnel d'EHPAD est le prérequis de cette nouvelle collaboration. Le processus d'intégration repose sur la communication des actions, de leurs modalités et de leurs fruits.

d) Le processus de supervision

La supervision des actions permet aux membres de connaître le travail accompli et l'objectif à atteindre. Pour ce faire, il pourrait reposer sur la Directrice du département. Centralisant toutes les informations, elle pourrait organiser une communication à la direction générale du CHRU et aux autres Directeurs, afin de valoriser les actions entreprises.
Elle constituerait également le centre névralgique de l'articulation de cette coopération et de ses différents projets.

e) Le processus de sanctions/récompenses

Ce processus est nécessaire à la nouvelle coopération. Les sanctions devront être prise par un acteur légitime pour ne pas que le manque de participation d'un seul remette en cause l'ensemble de coopération. Ainsi, la Directrice du département possède ce rôle naturel, en sa qualité de supérieur hiérarchique, d'arbitre pour trancher de potentielles situations de conflits.
A l'inverse, des mécanismes de récompenses doivent être pensée pour les agents les plus méritant et impliqués dans les projets. La récompense principale étant pécuniaire, elle n'est cependant pas l'unique. Afin de satisfaire l'équilibre des comptes publics, le développement de la reconnaissance est une récompense préférable.

C) <u>La communauté de pratiques : un complément indispensable à l'autonomisation des projets</u>

Les communautés de pratiques sont très efficaces et adaptées à un système divisionnel, ou les agents spécialisés sont souvent seuls dans chaque établissement. Par ce système, cela permettrait de rompre l'isolement des professionnels tout en évitant la redondance des actions (type référent ou élaboration de guide/procédures).
Ainsi, une communauté par métier pourrait être mise en place (psychologue, animateur, cadre de santé, attaché d'administration hospitalière, gouvernant, RH, finances…). Cela pourrait s'accompagner d'une communauté pour les référents (laïcité, handicap, RGPD…), potentiellement en lien avec ceux du CHRU afin de les aider dans les aspects législatifs (Les référents du CHRU étant à 100% dédiés à leur action).

Toutefois, les réticences des Directeurs envers ce nouveau système sont nombreuses. Il s'agirait de définir un métier prioritaire et de tester le lancement d'une communauté de pratique. Parmi les agents concernés, il conviendrait de trouver les deux plus à même d'animer ces réunions, dimensionner un temps dédié, mettre à disposition des outils de partage favoriser en premier lieu leur rencontre. Seul un test de ce système suivant les

conseils et les freins définis supra pourra permettre une acculturation à ces nouvelles méthodes de coopération.

D) Enveloppe juridique

L'enveloppe juridique n'est actuellement pas une nécessité du fait de la structuration naissante du département. Toutefois, lorsque la volonté de mutualiser certaines compétences sortira de la tête des Directeurs pour trouver une action concrète, il sera nécessaire de trouver l'enveloppe adéquate.

La forme privilégiée pour les EHPAD serait la mise à disposition par le CHRU de Nancy de professionnels. Le modèle est le suivant : Le CHRU mets à déposition ses ressources ou embauche du personnel pour le mettre à disposition des EHPAD contre redistribution financière. Cela permettrait au nouveau professionnel d'intégrer à la fois une direction et une équipe spécialisée et de bénéficier de ses outils spécialisés. De plus, ce nouveau personnel pourrait se rendre librement dans les établissements pour mettre en place ses actions. (Le personnel mutualisé relèverait selon les entretiens, d'un qualiticien, infirmier hygiéniste…)
Cette opération ne coûte rien au CHRU, cependant il présente certaines difficultés.
Le CHRU se sépare de l'une de ses ressources pour la mettre à disposition des établissements ou en embauche une pour la mettre à disposition (revenant à sa charge si les établissements ne souhaitent plus en bénéficier). Cela créé également une charge de gestion administrative pour le CHRU, ne tirant aucun bénéfice de l'opération.

En cas de refus du CHRU, il pourrait être envisagé de constituer un GCSMS ou GTSMS selon les modalités de cette nouvelle forme juridique. La lourdeur créée pourrait être compensées par les actions entreprises telles que les réunions mensuelles et la nomination de la Directrice du département.

Le GHT étant vue par tous les Directeurs comme inadaptés pour les EHPAD, une adhésion à un tel système n'est pas envisageable. Toutefois, le nouveau système ne peut exclure une coopération avec ce modèle de coopération, intervenant sur l'ensemble du territoire.

Conclusion

Si la mutualisation de moyens, très présente dans le secteur sanitaire, notamment par le biais des rapprochements en direction commune, semble être devenue la norme, il existe d'autres alternatives préservant l'autonomie des établissements.
Le modèle présenté apporte des éléments de réflexion a une coopération plus avancée des EHPAD de la direction commune. Plus qu'un système figé, il vise à déterminer de nouvelles méthodes de gestion de projet dans un environnement où les acteurs souhaitent garder leur autonomie face à la tendance à la mutualisation.

La mutualisation des moyens permet de réaliser des économies d'échelles et une spécialisation des agents dans un domaine spécifique. Toutefois, elle concourt à effacer les spécificités des établissements. Ces établissements, du fait de l'éloignement géographique et de leur histoire, ne trouvent pas entièrement leur intérêt dans une dépossession des missions, et de ce fait, des compétences associées. A ce constat s'ajoute la différenciation entre un géant sanitaire et ses enjeux face à une multitudes de petits établissements médico-sociaux. Ces deux types d'entités diffèrent étant donné leur culture, la population accueillie, les professionnels présents. C'est pourquoi, il est nécessaire de penser une organisation répondant à ces besoins exprimés à l'origine de cette coopération, ces besoins d'autonomie et de respect de leur personnalité.

Dans la diversité de modèles et de types de coopérations possibles, toutes ne répondent pas au même besoin. Dans la continuité des nouvelles méthodes telles de design cherchant à prendre en compte le besoin de l'usager comme base de tout projet, les usagers sont ici Directeurs et les professionnels des établissements. Le système à mettre en place est celui qui correspondra le mieux à ces attentes et à ces besoins, qu'il soit la reprise d'un modèle existant ou innovant.

A la question de la forme juridique que doit revêtir cette nouvelle coopération, la réponse ne peut être tranchée sans avoir constitué et institué la coopération entre les acteurs. Si l'intégration au GHT semble exclue, tout comme la fusion des établissements entre eux ou avec le CHRU, il persiste le questionnement autour de l'adoption d'une personnalité juridique commune. Chaque enveloppe juridique telles que les fédérations, les associations, les GCSMS ne définissent en rien l'organisation sous-jacente, elles proposent seulement des possibilités légales offertes autour d'une personnalité juridique.
Le choix entre l'une ou l'autre relèvera ainsi plus de la forme que du fond, au moment venu. Seule la création d'un GTSMS peut intervenir précocement en raison d'un calendrier éventuellement imposé par le législateur. Toutefois, les acteurs préfèrent actuellement

utiliser leur proximité avec le CHRU, leur permettant de garder un lien avec ce dernier et d'éviter l'ajout de mécanismes de gestion.
L'adoption d'une forme juridique doit être l'habit d'une coopération et d'une organisation préalablement mise en place, l'inverse conduit à une confusion entre outils (forme juridique) et moyens (adoption d'une organisation structurée autour d'un objectif commun)

Par ailleurs, la décentralisation des projets ne peut intervenir pleinement sans l'autonomisation de ses membres et leur mise en réseau. Les professionnels interrogés ont fait ressentir leur besoin de travailler entre pair afin de voir l'action concrète de l'aide apportée par le CHRU. La coopération restreinte aux seuls Directeurs entraînera une perte d'efficacité dans les projets et l'exercice professionnels des membres. Toutefois, l'autonomisation ne signifie pas une autogestion totale de ces nouvelles communautés. Les Directeurs, en tant que pilote de la communauté, auront le rôle de supervision afin de contrôler les éventuels débordements et de guider leur travail vers un bien commun.

Cette réflexion autour d'une nouvelle organisation est le fruit d'échanges avec les acteurs autour de la volonté de constituer un collectif autonome de Directeurs d'établissements. Le terreau fertile présent au sein du département, du fait de sa juvénilité et de la liberté laissée permette de penser ce type de réflexion. Adopter un modèle classique de coopération basée sur la mutualisation est possible mais ne répondrait pas ou peu à la demande d'évolution de l'exercice professionnel.
Cette réflexion désormais en cours, s'adaptera, pour sûr, aux enjeux d'avenir.

Bibliographie

Articles scientifiques

Anderson, D. L. (2010). Comment utiliser les communications et les discussions pour faciliter les changements organisationnels ? *Gestion*, 2010/4 (Vol. 35), pp. 90-95. Éditions HEC Montréal. ISSN 0701-0028. DOI : 10.3917/riges.354.0090.

Cohendet, P., Roberts, J. et Simon, L. (2010). Créer, implanter et gérer des communautés de pratique. *Gestion*, 2010/4 (Vol. 35), pp. 31-35. Éditions HEC Montréal. ISSN 0701-0028. DOI: 10.3917/riges.354.0031.

Daunais, S., Zibara, L., Beaulieu, M., Cohendet, P., Moreau, B. et Simon, L. (2010). Le pilotage des communautés de pratique au sein de l'industrie des télécommunications : une comparaison des sociétés Bell et Orange. *Gestion*, 2010/4 (Vol. 35), pp. 47-55. Éditions HEC Montréal. ISSN 0701-0028. DOI : 10.3917/riges.354.0047.

Gosselin, F., Barlatier, P.-J., Cohendet, P., Dunlavey, P., Dupouët, O. et Lampron, F. (2010). Le partage des rôles et des responsabilités à l'égard du pilotage des communautés de pratique. *Gestion*, 2010/4 (Vol. 35), pp. 36-46. Éditions HEC Montréal. ISSN 0701-0028. DOI : 10.3917/riges.354.0036.

Grandadam, D., Simon, L., Marchadier, J. et Tremblay, P.-O. (2010). Gérer des communautés de création : Ubisoft Montréal et les jeux vidéo. *Gestion*, 2010/4 (Vol. 35), pp. 56-63. Éditions HEC Montréal. ISSN 0701-0028. DOI : 10.3917/riges.354.0056.

Harvey, J.-F. (2010). Comment favoriser le partage des connaissances ? Le cas des communautés de pratique pilotées. *Gestion*, 2010/4 (Vol. 35), pp. 73-80. Éditions HEC Montréal. ISSN 0701-0028. DOI : 10.3917/riges.354.0073.

Létourneau, P., Beaudoin, J., Shabah, Y. et Girard, M. (2010). Comment gérer des communautés de pratique interorganisationnelles ? *Gestion*, 2010/4 (Vol. 35), pp. 64-72. Éditions HEC Montréal. ISSN 0701-0028. DOI : 10.3917/riges.354.0064.

Quinn, R. & Cameron, K.S. (1983). Organizational Life Cycles and Shifting Criteria of Effectiveness: Some Preliminary Evidence. *Management Science*, 29(1), pp.33-51.

Article de presse

CHRU de Nancy. (2023). Projet Nouvel Hôpital de Nancy. *H-MAG, le magazine interne du CHRU de Nancy*, Numéro 28 Disponible à : https://www.chu-nancy.fr/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=99xEYtG5y6AqqZOhV43dzkYMxm0GIpeYoXKLMQEUxZ0 (Consulté le 12 février 2024)

Delnatte, J.-C. (2023). Le groupement territorial social et médico-social (GTSMS). *Gestions Hospitalières*. Disponible à : https://gestions-hospitalieres.fr/le-groupement-territorial-social-et-medico-social-gtsms (Consulté le : 26 avril 2024).

Haute Autorité de Santé (2023). A*vec l'élargissement de ses missions au social et médico-social, la HAS intervient désormais sur tous les enjeux de la santé*. Disponible à : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2841384/en/avec-l-elargissement-de-ses-missions-au-social-et-medico-social-la-has-intervient-desormais-sur-tous-les-enjeux-de-la-sante (Accédé le : 27 Janvier 2024).

Jeune, L. (2023). Proposition de GTSMS : un GHT pour le médico-social. *Houdart & Associés*. Disponible à : https://www.houdart.org/proposition-de-gtsms-un-ght-pour-le-medico-social (Consulté le : 26 avril 2024)

L'Est Républicain (2020). *CHRU de Nancy : le COPERMO valide le projet immobilier.* Disponible à : https://www.estrepublicain.fr/actualite/2020/01/29/chru-de-nancy-le-copermo-valide-le-projet-immobilier (Accédé le : 28 janvier 2024).

Vang, K. (2023). Le groupement territorial social et médico-social, un presque GHT pour le secteur médico-social. *Gestions hospitalières*. Disponible à : https://www.cneh.fr/blog-jurisante/publications/organisation-sanitaire-et-medico-sociale/article-le-groupement-territorial-social-et-medico-social-un-presque-ght-pour-le-secteur-medico-social/Consulté le : 26 avril 2024)

Ouvrages

Ahrne, G. et Brunsson, N. (2011). *Organization Outside Organizations: the Significance of Partial Organization*. Organization, 18(1), pp.83-104.

Boutinet, J.-P. (2012). *Anthropologie du projet*. Quadrige. Presses Universitaires de France.

Desreumaux, A. (2015). *Théorie des organisations*. Les Essentiels de la Gestion. Cormelles-le-Royal : EMS Éditions.

Fayol, H. (1916). *Administration industrielle et générale*. Malakoff : Dunod.

Giboin, B. (2022). *La boîte à outils de la Stratégie*. BàO La Boîte à Outils. Malakoff : Dunod.

Louche, C. (2019). *Psychologie sociale des organisations*. Psycho Sup. Malakoff : Dunod.

Mintzberg, H. (1982). *Structure et Dynamique des organisations*. Paris : Éditions d'Organisation.

Morin, P. et Delavallée, E. (2000). *Le manager à l'écoute du sociologue*. Paris : Éditions d'Organisation.

Parsons T. (1964). *The Social System*, N.Y : The Free Press, p. 72.

Ramos, E. (2015). *L'entretien compréhensif en sociologie : Usages, pratiques, analyses*. Paris : Armand Colin.

Schein E.H and Schein P. (1970). *Organizational Psychology*. Englewood Cliffs, NJ, Prenctice Hall, p. 9.

Textes législatifs et règlementaires

France. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION (2015). *Article L312-7 du Code de l'action sociale et des familles* [en ligne]. Journal officiel, 30 décembre 2015. Disponible à : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031727823

France. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION (2022). *Article L6132-3 du Code de la Santé Publique* [en ligne]. Journal officiel, 1 janvier 2022. Disponible à : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043264440

France. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION (1975). *Loi n°75-535 du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales* [en ligne]. Journal officiel, 1 juillet 1975. Disponible à : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000699217/2020-11-06

France. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION (2002). *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale* [en ligne]. Journal officiel, 3 janvier 2002. Disponible à : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/

France. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION. (2009) *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. Dernière mise à jour des données de ce texte : 29 décembre 2019. JORF n°0167 du 22 juillet 2009. Disponible à : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475 (Accédé le : 27 janvier 2024).

France. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION (2016). *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Dernière mise à jour des données de ce texte* : 25 décembre 2021. JORF n°0022 du 27 janvier 2016. Disponible à : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641 (Accédé le : 12 mai 2024)

Travaux d'étudiants

Episse, C. (2007). *La direction commune : un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient.* Mémoire de formation d'élève Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. École Nationale de Santé Publique (ENSP).

Mazereau, A. (2016). *Quelle forme de structure et quel management pour mettre en œuvre une politique de qualité au sein d'une direction commune ?* Mémoire de formation d'élève Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP).

Peiffer, P. (2016). *Enjeux et perspectives dans la construction des groupements hospitaliers de territoire (GHT) - Éléments de réflexion à partir du GHT Vosges*. Mémoire de formation d'élève Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP).

Sites internet

www.insee.fr

www.chu-nancy.fr

https://www.legifrance.gouv.fr

Liste des annexes

ANNEXE I : Méthodologie et grilles d'entretiens

ANNEXE II : Les Chiffres clés 2023

ANNEXE III : Organigramme du CHRU de Nancy anonymisé

ANNEXE IV : Organigramme de Dieuze anonymisé

ANNEXE V : Organigramme du département Ville Médico-Social Hôpital anonymisé

ANNEXE I : Méthodologie et grilles d'entretiens

Tableau récapitulatif des personnes interrogées :

Profession	Type de structure	Nombre
Directeur d'établissement	EHPAD	4
Directeur des coopérations	CHRU de Nancy	1
Directeur du DTVMSH	CHRU de Nancy	1
Designeur	Métropole	1
Agent adminsitratif	EHPAD	6
Directeur extérieur	Fédération HOLLEN	2

Plusieurs types d'entretiens ont été réalisés dans le cadre de cette étude :

- Quatre entretiens compréhensifs avec des personnes extérieurs à l'organisation médico-sociale du CHRU de Nancy dont : Deux entretiens avec un Directeur et un élève Directeur inscrit dans une coopération similaire « HOLLEN », un autre avec le Directeur des coopérations et du GHT, et le dernier avec un designeur, extérieur au milieu de la santé. Tous ces entretiens compréhensifs sont destinés comprendre d'autres fonctionnement afin d'élargir la réflexion sur l'élaboration d'une nouvelle organisation.

- Les autres entretiens avec les Directeurs d'établissements et certains de leurs agents sont destinés d'une part à comprendre leurs besoins et leurs attentes de la coopération, d'autres part à recueillir leurs idées.

Les grilles ont été construites après observation de l'ensemble des parties prenantes et obtention d'une maturité nécessaire à la compréhension des enjeux entourant la coopération. Les entretiens ont ainsi été menés vers la fin du stage, avec les principaux acteurs concernés : l'équipe administrative. Les entretiens se sont réalisés en présentiel ou à distance selon la préférence et la situation géographique des personnes interrogées.

Grille d'entretien Directeurs d'établissement :

Partie 1 : Présentation du Directeur

- Quel poste occupes-tu ?
- Depuis combien de temps exerces-tu au sein du CHRU de Nancy ?
- Quel est ton parcours professionnel avant d'occuper ce poste ?

Partie 2 : Participation au collectif de Directeur

- Comment vois-tu l'organisation du département VMSH ?
- Que penses-tu de la coopération entre les EHPAD ?
- Souhaiterais-tu plus de coopération entre les établissements ?
- Comment souhaiterais-tu voir évoluer le département ?

Partie 3 : La nouvelle organisation du département TVMSH

- **Concernant l'organisation des projets au sein du département :**
    - Es-tu satisfait par les projets et la vision proposée ?
    - Penses-tu que le travail en équipe doit être plus vertical ou horizontal ?
    - *Si horizontale*, souhaites-tu porter certains projets collectivement ?

- **Concernant la mutualisation :**
    - Quel est ton avis de principe ?
    - Quelles compétences souhaiterais-tu mutualiser ?
    - Penses-tu que cela doit se faire entre tous les établissements ou seulement certains ?
    - Comment doit-être organisé la supervision de l'agent exerçant une compétence mutualisée ?
        - Le département TVMSH
        - Un EHPAD Pilote
        - Chaque Directeur supervise l'action sur son établissement
        - Par l'intermédiaire de la constitution d'un groupement de type GCSMS

- **Concernant la spécialisation :**

Explication du fonctionnement du deuxième niveau théorisé dans le mémoire

    - Qu'en penses-tu ?
    - Si positif, quels thématiques t'intéresserait plus particulièrement ?
    - Vois-tu une autre organisation ?

Grille d'entretien des agents administratifs :

Partie 1: Présentation de l'agent :

- Quel poste occupez-vous ?
- Depuis combien de temps êtes-vous au sein de l'établissement ?
- Quel est votre vision de la direction commune avec le CHRU ?

Partie 2 : Participation à des projets communs

- Avez-vous des contacts avec les autres établissements ?
- Si oui, sur quels sujets ?
- Seriez-vous intéressés par la construction (de plus) de projets en commun ?
- Lesquels ?
- Comment la coopération peut améliorer votre quotidien ?

Partie 3 : Communauté de pratiques

- Connaissez-vous la communauté de pratiques ?

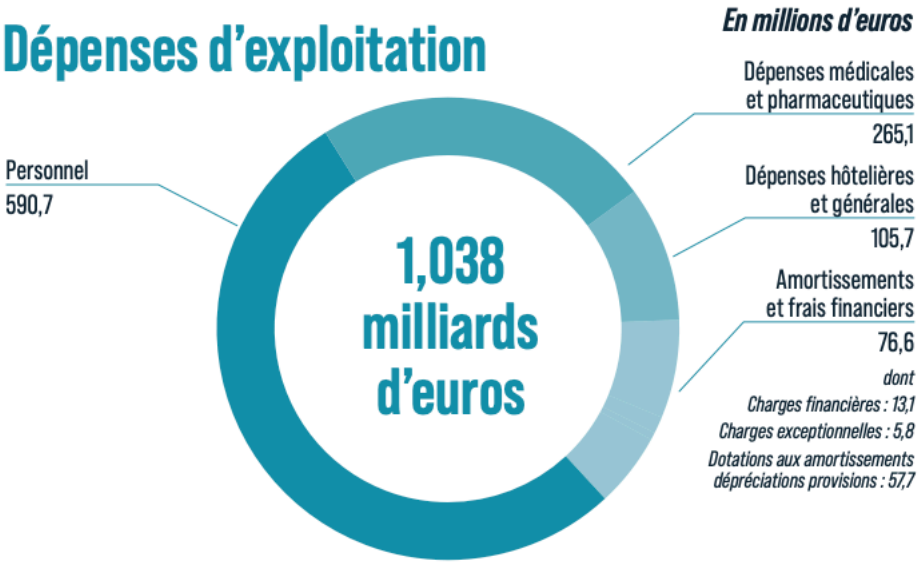
Si non, explication du concept de communauté de pratiques

- Qu'en pensez-vous ?
- Seriez-vous intéressé par la mise en place d'une communauté de pratiques entre pair des EHPAD de la direction commune ?
- Seriez-vous intéressés par l'animation d'une communauté de pratiques ?

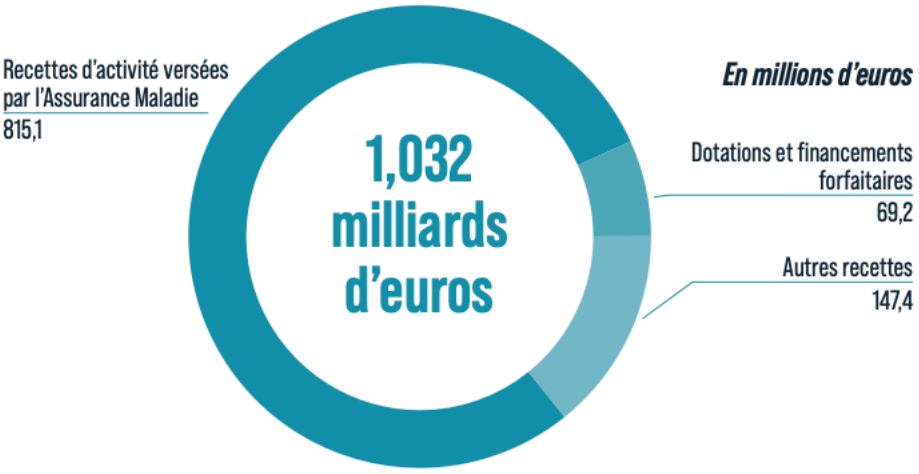
ANNEXE II : Les Chiffres clés 2023

RESSOURCES FINANCIÈRES

Dépenses d'exploitation

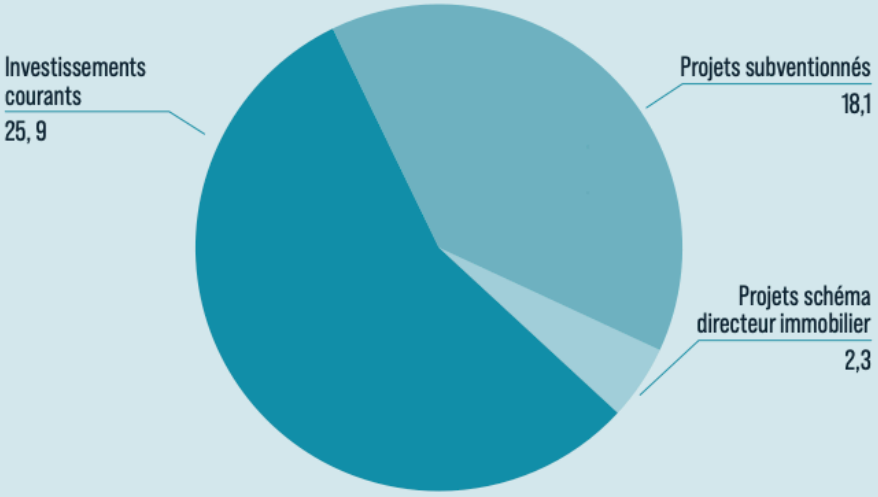


Recettes d'exploitation



CHIFFRES CLÉS 2023 4 CHRU DE NANCY

Dépenses d'investissements
46,3 millions d'euros



Les principaux projets financés

En millions d'euros

Bâtiment recherche IRIS : 9,6

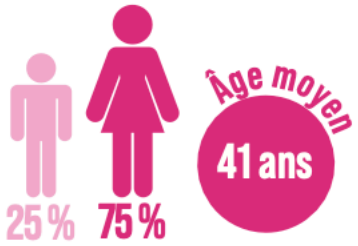
Unité sanitaire mobile : 1,8

Rénovation de l'odontologie : 1,6

Déploiement du dossier patient informatisé : 1

Les professionnels

Effectif global



9 513
personnes physiques rémunérées

soit **8 725 ETP**
équivalent temps plein moyen annuel

Effectif global avec étudiants et professionnels affectés à un établissement extérieur : 11 188 personnes physiques rémunérées (10 331 ETP)

Près de 150 métiers
assurent le fonctionnement quotidien du CHRU de Nancy.

Recrutement

1 207 réalisés en 2023
dont 910 professionnels médicaux, soignants, de rééducation, médicotechniques, éducatifs et sociaux.

Bourses d'étude
(engagement à rejoindre le CHRU de Nancy après les études) :
20 étudiants paramédicaux bénéficiaires

Un nouveau site internet
dédié aux offres d'emploi

Personnel médical* 1 432 ETP

Internes
635

Personnel médical senior
516

Personnel médical senior hospitalo-universitaire titulaire & non titulaire
161

Docteurs juniors
120

** Hors étudiants et personnels gérés et payés par le CHRU, affectés à un établissement extérieur : 189*

Personnel non médical 7 293 ETP

Personnel soignant et de rééducation
4 642

Personnel logistique et technique
995

Personnel administratif
968

Personnel médicotechnique
633

Personnel éducatif-social
55

Dont notamment :

- 2 149 infirmières et infirmiers diplômés d'État et de spécialités
- 1 382 aides-soignantes et aides-soignants
- 707 agents de services hospitaliers
- 291 techniciennes et techniciens de laboratoire
- 218 secrétaires médicales
- 193 manipulatrices et manipulateurs d'électroradiologie
- 109 préparatrices et préparateurs en pharmacie hospitalière
- 39 assistantes sociales
- 25 masso-kinésithérapeutes

CAPACITÉ D'ACCUEIL

1 495 lits et 192 places*
25 postes de dialyse* *

* Accueil des patients pour moins de 24h
(chirurgie ambulatoire, hospitalisation de jour ou séance pour certains traitements)

**En médecine dont 19 adultes et 6 enfants

HÔPITAUX DE BRABOIS

815 lits - 142 places

HÔPITAUX URBAINS

680 lits - 50 places

Hôpital Central : 323 lits, 20 places
Maternité : 122 lits, 18 places
Centre chirurgical Émile Gallé : 70 lits, 12 places
Hôpital Saint-Julien : 93 lits
Centre Saint-Stanislas : 72 lits

PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS

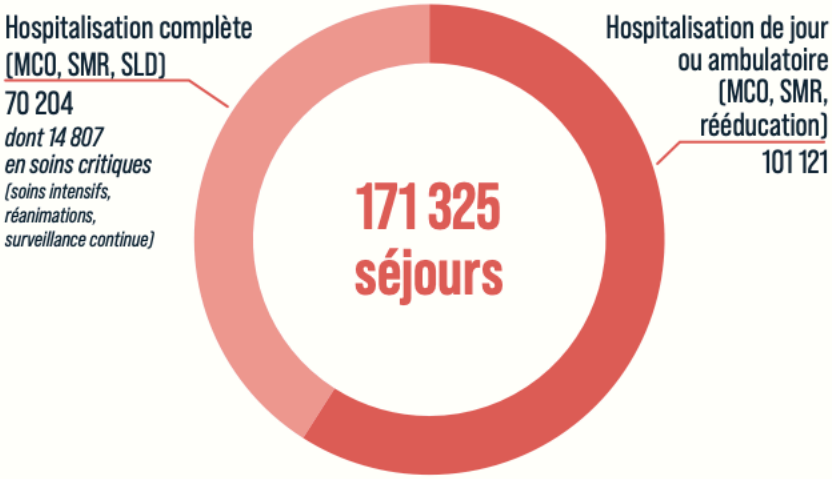
Médecine - Chirurgie - Obstétrique (MCO) : 1 329 lits, 181 places
Médecine : 865 lits, 133 places
Chirurgie : 402 lits, 40 places
Gynécologie - Obstétrique : 62 lits, 8 places
Soins médicaux et de réadaptation (SMR) : 60 lits, 11 places
Soins de longue durée (SLD) : 106 lits

SOIGNER

CONSULTATIONS - SÉJOURS

609 249 consultations externes

Anesthésie – Chirurgie – Médecine – Obstétrique – Odontologie
Rééducation - Soins médicaux et de réadaptation



Durée moyenne de séjour MCO : 3,11 jours
Part des hospitalisations sans nuitée : 59 %
Hébergement temporaire non médicalisé : 211 nuitées

SOIGNER

PATIENTS HOSPITALISÉS

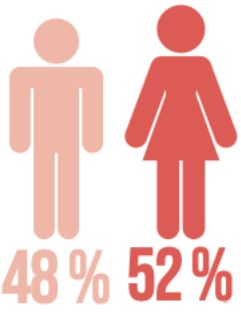
En 2023, le CHRU de Nancy a accueilli

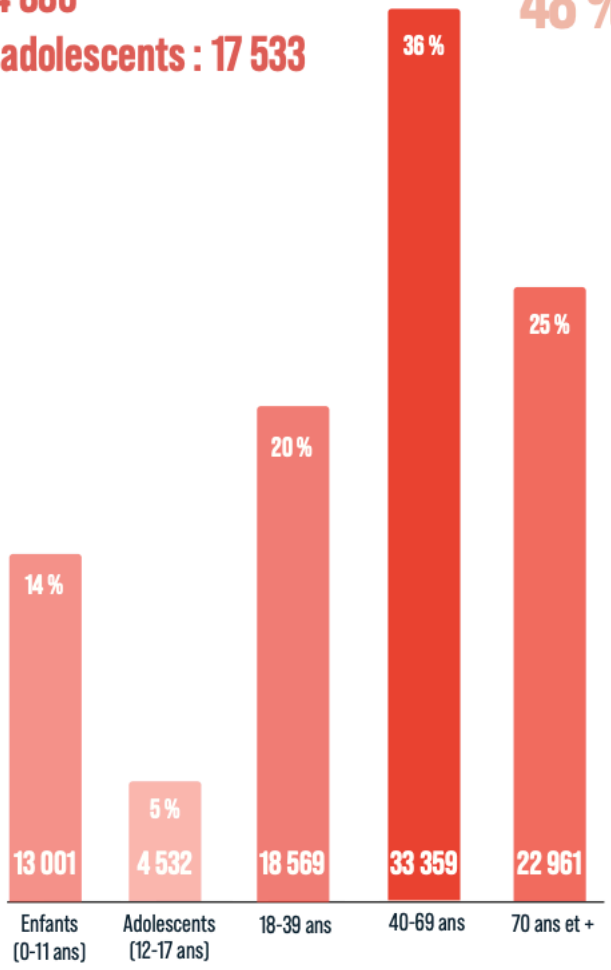
92 419 patients

dans ses secteurs d'hospitalisation MCO.

Adultes : 74 886

Enfants et adolescents : 17 533



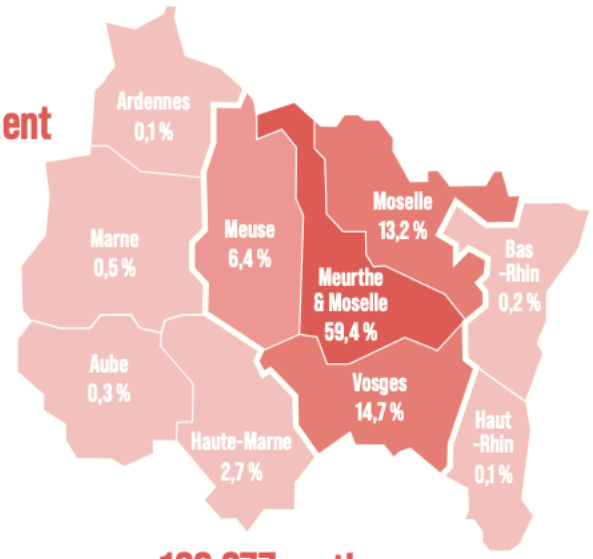


CHIFFRES CLÉS 2023 14 CHRU DE NANCY

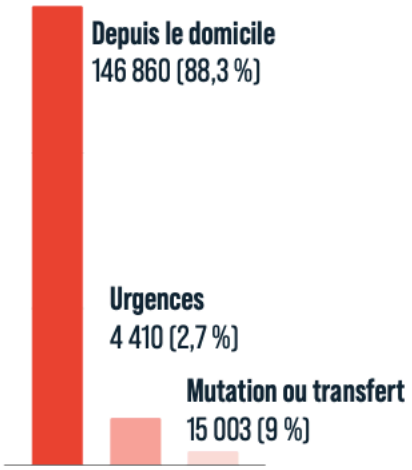
97,5 % des patients résident dans la région Grand Est.

Autres régions : 2,2 %.
Hors France : 0,3 %

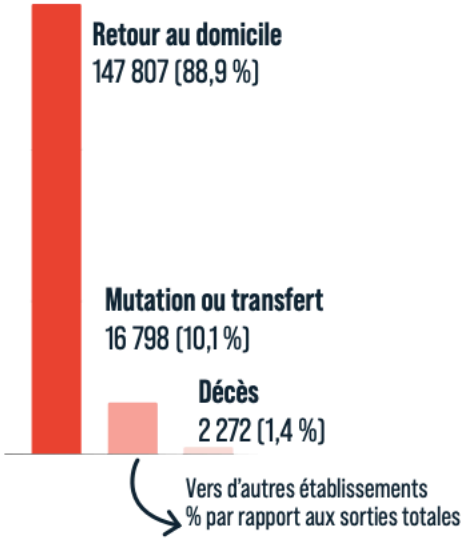
Métropole du Grand Nancy : 28,6 %



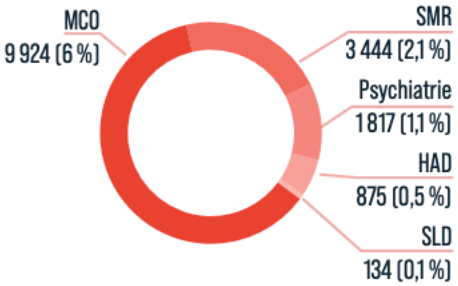
166 273 entrées



166 877 sorties



Vers d'autres établissements
% par rapport aux sorties totales



246 358 transports de patients effectués par les équipes du CHRU de Nancy soit 675 par jour

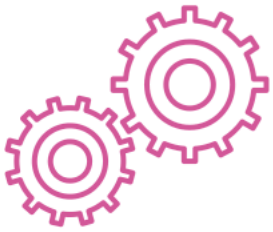
Par brancardage (à pied) : 197 599

Motorisés (VSL) : 48 759

Au sein du CHRU ou vers un autre établissement : 30 173

Retour à domicile : 18 586

S'engager



Maintenance

Interventions des équipes techniques

- 68 029 ordres de travail traités en automatisme, chauffage, électricité, gaz médicaux, maçonnerie, menuiserie, peinture, plomberie, serrurerie et signalisation.
- 52 % des interventions relèvent de maintenance préventive, réglementaire et de travaux programmés.

Sécurité des biens & des personnes

Risque incendie

- 25 606 moyens de détection, de secours et de lutte contre l'incendie
- 1 767 agents du CHRU formés à la sécurité incendie en 2023

Sûreté

Violence d'usagers envers les agents

- 400 situations déclarées
- 37 agents du CHRU formés à la gestion des situations de violences en 2023

Sécurité numérique

Protection

- Connexions malveillantes : 22 millions de tentatives repérées
- Messagerie : 87 % des mails reçus au CHRU identifiés comme frauduleux et bloqués
- Virus : 22 800 bloqués
- Alertes de sécurité : 7 792 déclarées

Prévention - Préparation

- Sensibilisation auprès des agents : 27 actions
- Cybersécurité : 1 exercice de crise

Restauration

Le service de restauration du CHRU de Nancy qui dispose de son unité de production culinaire, est engagé dans la démarche Mon Restau responsable.

Repas servis

Aux patients et dans les points de restauration du personnel : 1 928 359

Produits

- Sous signe de labels de qualité : 27 %
- Origine France : 46 %
- Bœuf frais 100 % lorrain avec 23,3 tonnes
- Lentilles 100 % BIO LORRAINE avec 1,8 tonnes

Achats

Achats responsables

Labellisation Relations fournisseurs et achats responsables (RFAR) depuis 2022

Clause sociale dans les marchés

- 18 235 heures de travail réalisées par des entreprises d'insertion professionnelle pour le GHT Hôpitaux Sud Lorraine, ce qui représente 10 ETP sur la base de 1 820 heures / an.
- 40 personnes ont bénéficié d'un contrat de travail pour l'ensemble des opérations 2023.

Déchets

Déchets produits

Assimilables aux ordures ménagères (DAOM) : 2 313 tonnes

Activités de soins à risque infectieux (DASRI) : 291 tonnes

Tri

Pour plus de 50 familles de déchets au sein de 33 filières *dont 1 nouvelle en 2023 (résidus gadolinés en imagerie)*

Mobilité

Participation aux frais de trajet domicile - travail

Agents bénéficiaires :

- Forfait mobilité durable (cycles, covoiturage, mobilité partagée) : 237
- Transports en commun (prise en charge de 75 % de l'abonnement) : 225

Vélo

Plus de 120 places abritées et sécurisées à disposition des agents

Véhicules

10 utilitaires 100 % électriques

Qualité de vie et des conditions de travail

Accompagnement professionnel et social

1 221 agents reçus par la référente handicap, les assistantes sociales du personnel, les psychologues du personnel et les conseillères en évolution professionnelle

Bien-être

- Sophrologie : 264 séances individuelles
- Pilates : 79 séances en groupe

Carrière

- Nomination et titularisation : 539 agents concernés *dont 41 médicaux*
- Mise en stage pour 623 agents des filières soignantes, de rééducation et médicotechniques

Crèches hospitalières

- 383 enfants d'agents du CHRU accueillis
- Structures multi-accueil : 3
- Places : 193

Égalité et diversité professionnelles

- 4 référentes et 12 ambassadeurs et ambassadrices désignées en 2023
- Personnes en situation de handicap : taux d'emploi de 6 %

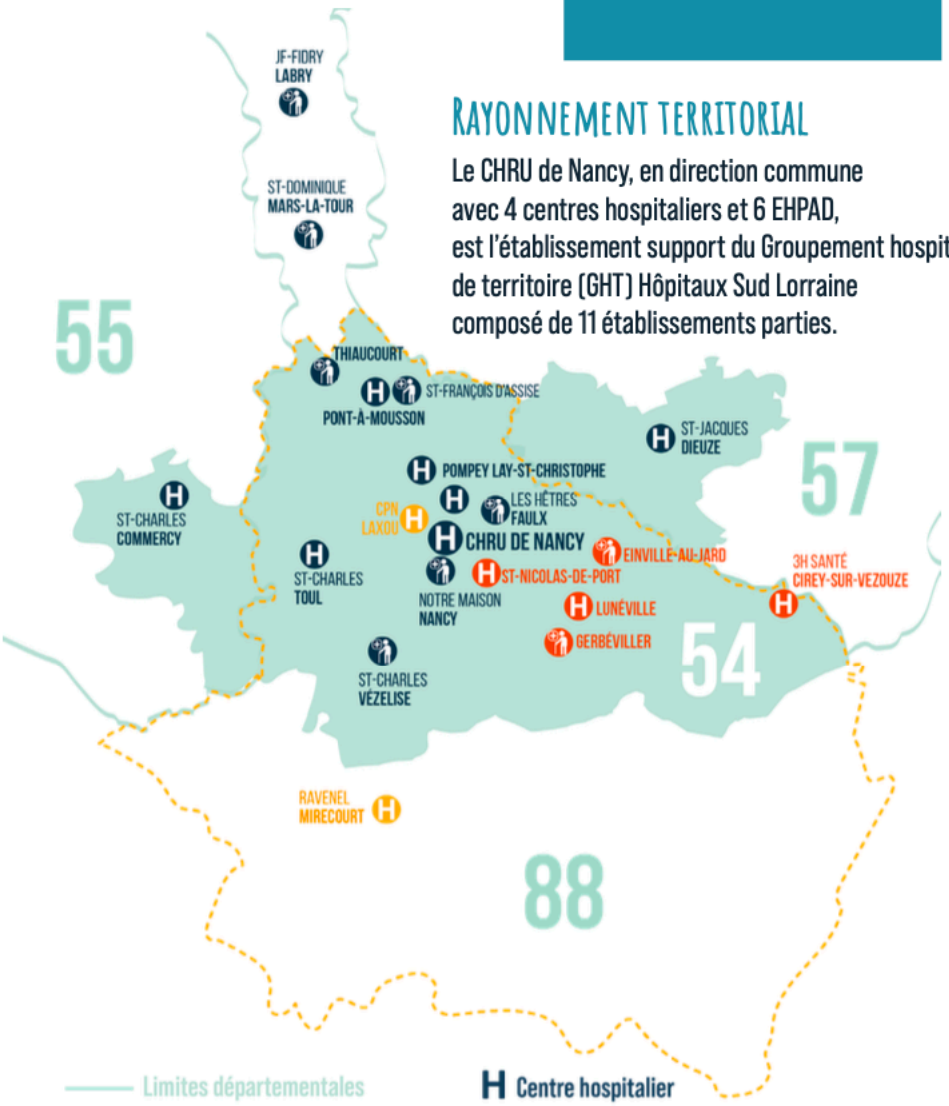
Télétravail

- Accessible à 320 agents *dont 14 professionnels médicaux*
- 1 à 2 jours par semaine

S'engager

Rayonnement territorial

Le CHRU de Nancy, en direction commune avec 4 centres hospitaliers et 6 EHPAD, est l'établissement support du Groupement hospitalier de territoire (GHT) Hôpitaux Sud Lorraine composé de 11 établissements parties.



Coopérations

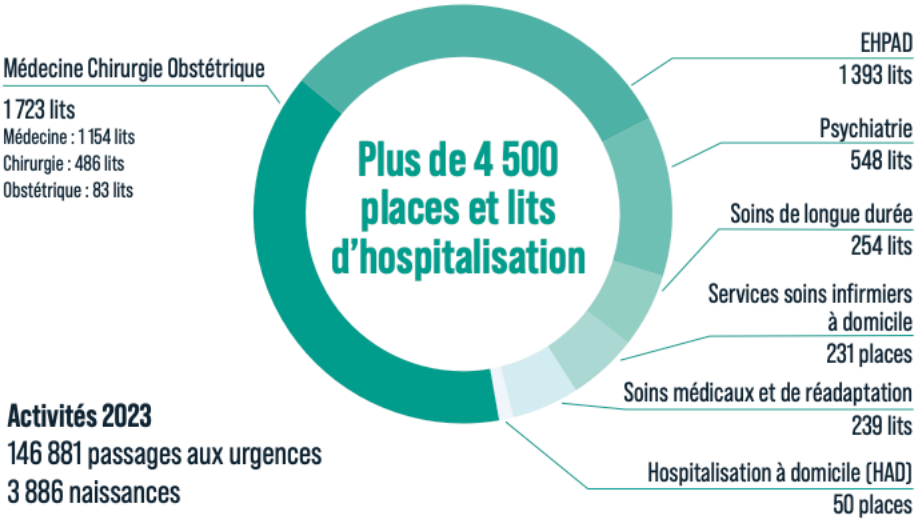
- Le CHRU de Nancy est membre de 15 groupements de coopérations sanitaires et réseaux de santé.
- Il est engagé dans 96 conventions de partenariat pour la mise à disposition de personnels médicaux et non médicaux au bénéfice du CHRU, hors GHT et sous-traitance.
- 288 praticiens séniors du CHRU ont une activité partagée
  dont 87 en activité d'intérêt général au 31/12/2023.

Missions régionales dont le CHRU de Nancy est support

- Amélioration des soins d'urgence en EHPAD (ASSURE)
- Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS)
- Centre régional en antibiothérapie (CRAtb)
- Coordination régionale des permanences d'accès aux soins de santé du Grand Est
- Coordonnateur régional de matério-réactovigilance (CRMV)
- Site d'appui lorrain de l'Espace régional d'éthique Grand Est (EREGE)

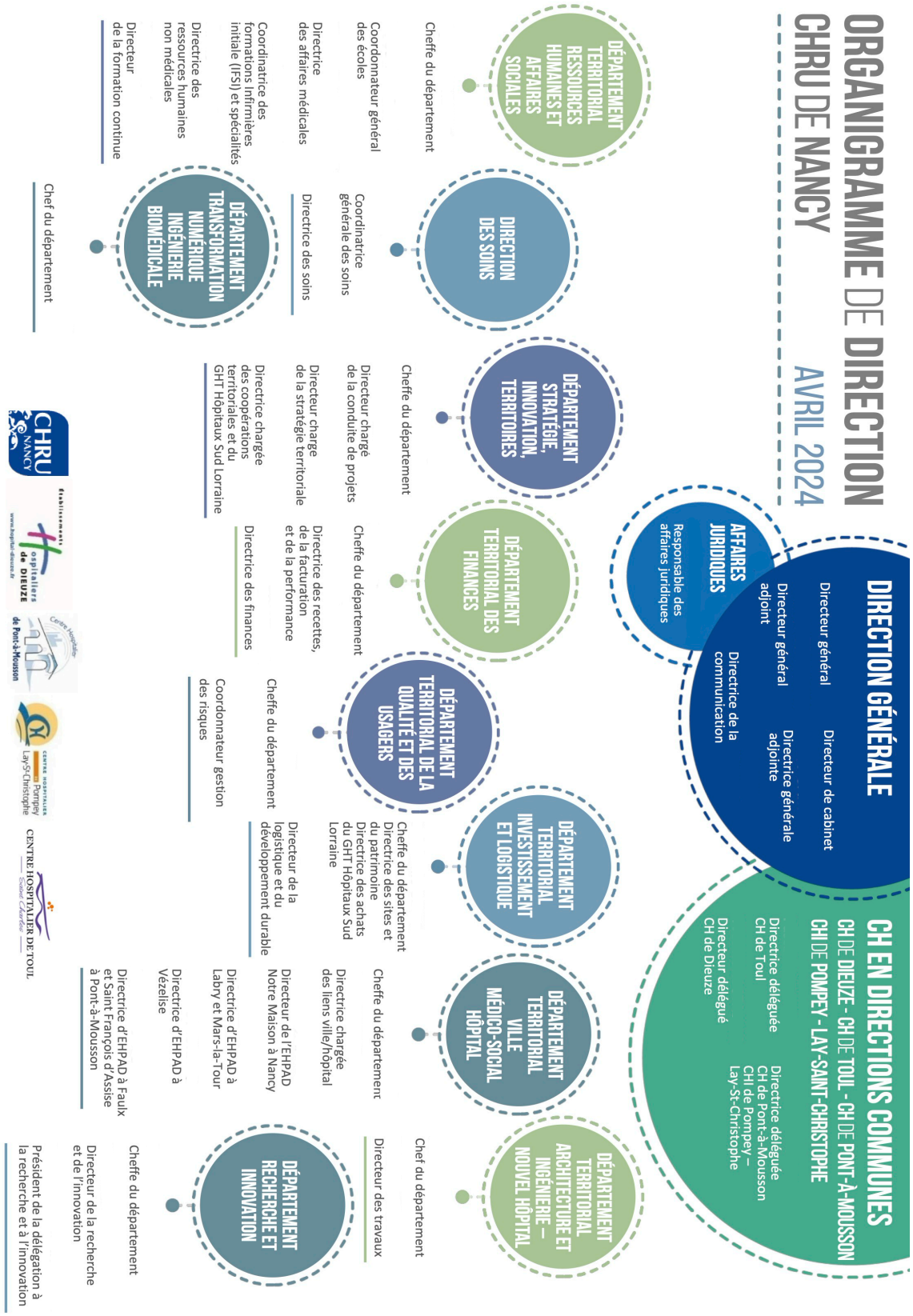
HÔPITAUX SUD·LORRAINE
GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

GHT HÔPITAUX SUD LORRAINE
Plus de 14 000 professionnels

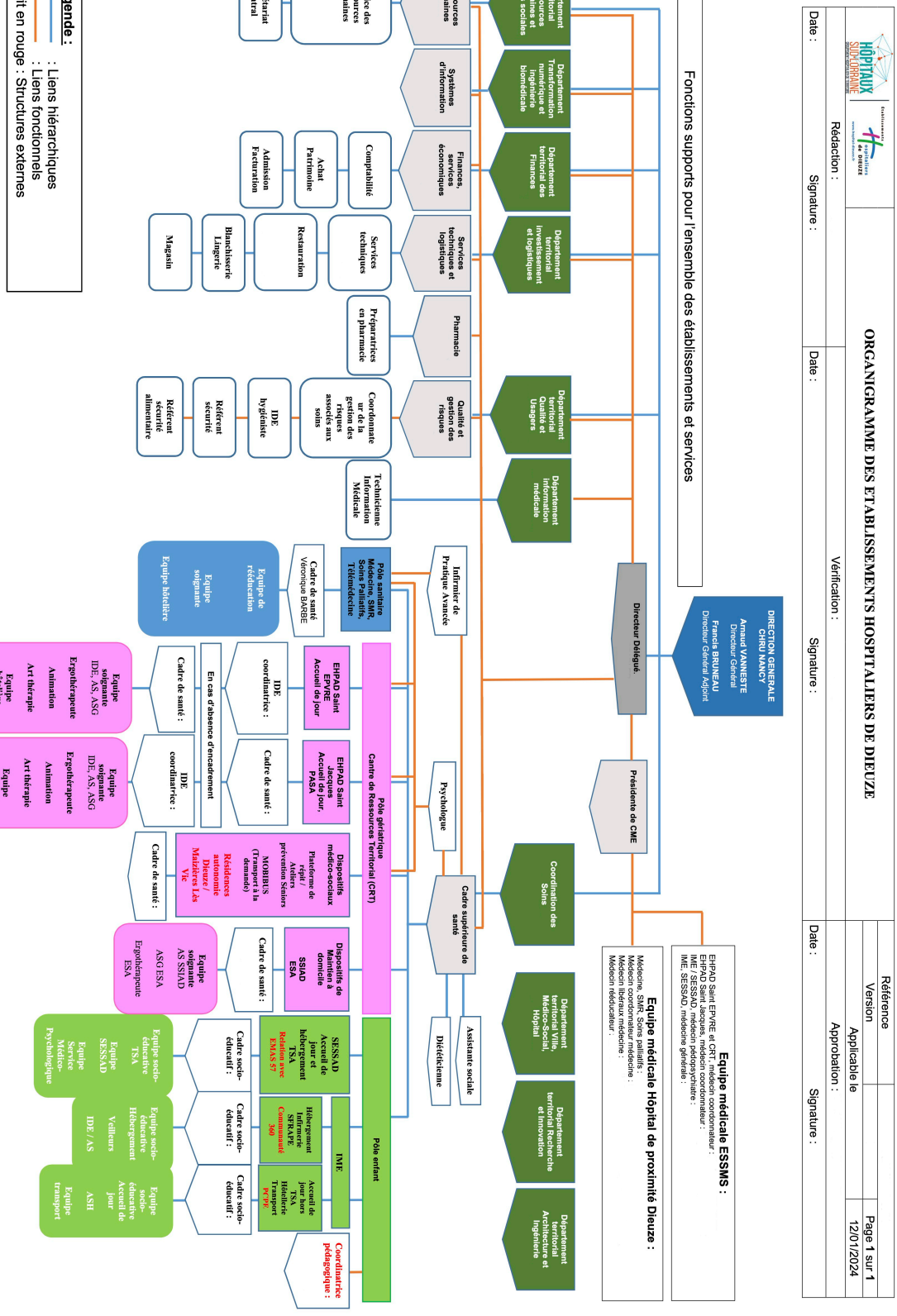


Activités 2023
146 881 passages aux urgences
3 886 naissances

ANNEXE III : Organigramme du CHRU de Nancy anonymisé



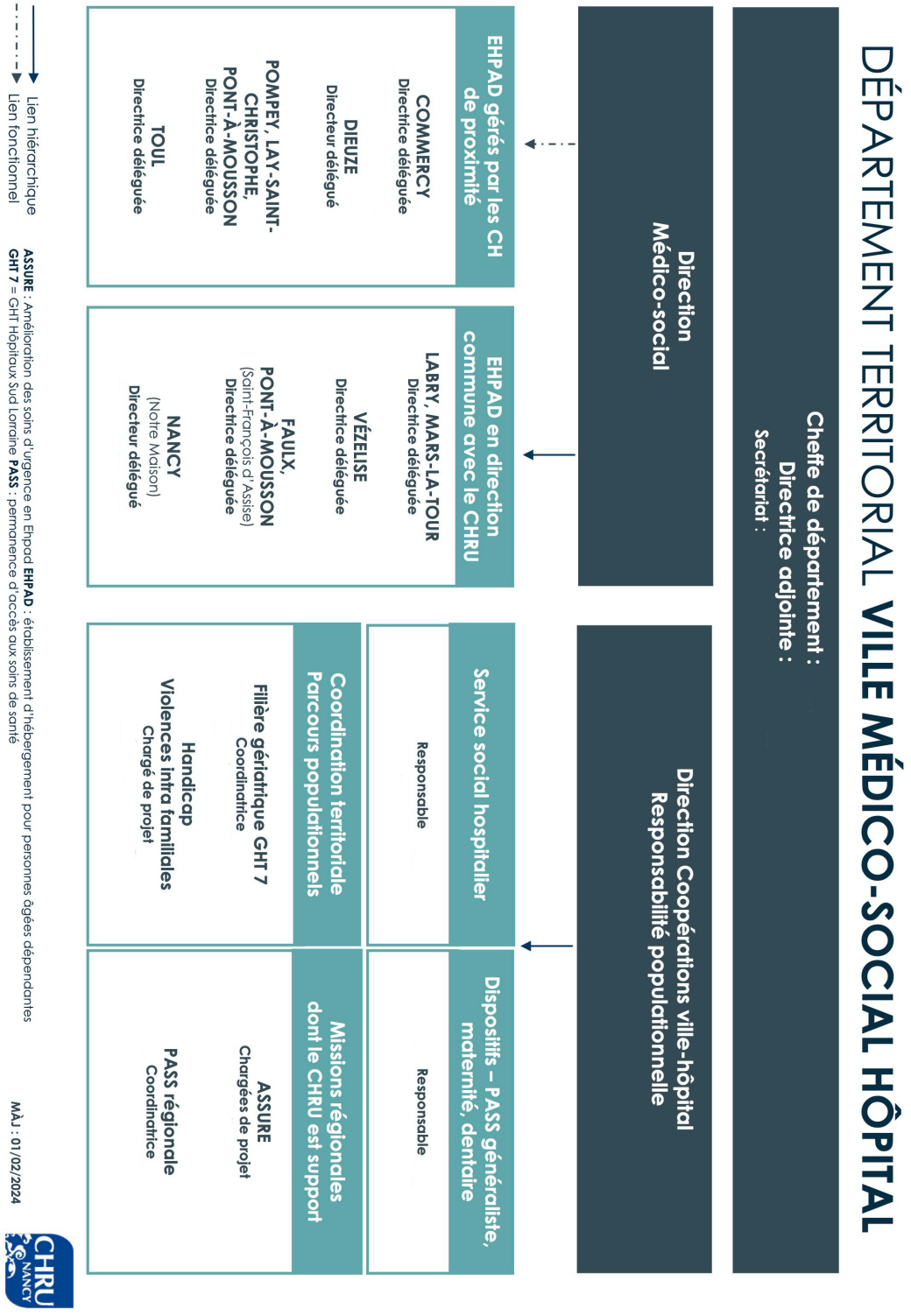
ANNEXE IV : Organigramme de Dieuze anonymisé



Vérifier la valeur de ce document de travail avant utilisation. La dernière mise à jour se trouve sur informatique. L'original est disponible au service Qualité.

ANNEXE V : Organigramme du département Ville Médico-Social

Hôpital anonymisé



BERNARDOFF	Maxime	<Date du jury>

Filière Directeur d'établissement sanitaire social et médico-social

Promotion 2023-2024

La mise en place d'une organisation innovante entre EHPAD, en direction commune avec un CHRU

Résumé **:**

Les secteurs sanitaires et médico-social sont des secteurs historiquement cloisonnés, composés d'une multitude d'établissements. La coopération entre ces derniers représente un enjeu d'actualité.

Ces dernières années, le législateur a contraint les établissements du secteur de la santé à se regrouper sous la forme de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Ce groupement poursuit dès lors un double objectif de mutualisation des moyens et de coopération territoriale.
Dans le secteur médico-social, un projet similaire, de constitution de GTSMS est en réflexion. Le GTSMS serait une forme plus avancée d'une coopération existante dans certains territoires : le GCSMS. Cette coopération vise à transférer des compétences des EHPAD, comme la qualité, au groupement, en échange d'une cotisation.

Toutes ces formes de coopération reposent sur la délégation de compétences à un établissement support ou un groupement. Cependant, est-il possible d'envisager d'autres formes de coopérations ? La mutualisation de moyens est-elle la seule forme de coopération ?

Destinée à réaliser des économies d'échelle, elle transforme profondément les établissements et l'exercice des professionnels. Ce type d'organisation n'a pas pu être mise en place pour les EHPAD du CHRU de Nancy de nombreuses raisons.

C'est pourquoi, ce mémoire ouvre une réflexion sur d'autres modalités de coopération, prenant en compte l'autonomie des établissements.
Les coopérations ne doivent pas se résumer à la mutualisation et à la spécialisation des agents.

Mots clés **:**

Coopération – Médico-social – CHRU de Nancy – EHPAD – Organisations – Communautés de pratiques – Innovation – Gouvernance – Projets – Autonomie – GHT – GTSMS.

L'École des Hautes Études 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.