



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement sanitaire,  
social et médico-social**

Promotion : **2020 - 2021**

Date du Jury : **Décembre 2021**

---

**La réalisation et la mise en œuvre d'un  
projet d'établissement commun à  
l'échelle d'une direction commune**

---

**David SPATAFORA**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier la Directrice des établissements de la direction commune qui m'a accueilli durant mon stage de professionnalisation. Son encadrement, ses conseils et également la grande autonomie laissée dans le cadre de la mission d'élaboration du projet d'établissement commun m'ont considérablement apporté dans le cadre du présent mémoire.

Je salue également l'ensemble de l'équipe de direction ainsi que le Comité de Pilotage de ce projet pour leurs échanges toujours constructifs et pour leur dynamisme qui m'ont permis de finaliser ce projet dans un contexte de crise sanitaire.

Je remercie également l'ensemble des équipes des deux établissements qui m'ont apporté une autre vision, plus opérationnelle, ainsi que l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de ces travaux.

Enfin, je remercie Gaëlle CHESNAIS, enseignante à l'EHESP, qui a accepté d'encadrer mon mémoire et qui a été d'un appui déterminant à tous les stades de l'élaboration de ce mémoire y compris pour le choix du sujet.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>METHODOLOGIE</b> .....	8
<b>PARTIE 1 : LE PROJET D'ETABLISSEMENT COMMUN : UNE ELABORATION CLASSIQUE QUI S'ADAPTE AUX DIFFERENTS TYPES DE DIRECTIONS COMMUNES MAIS UNE MISE EN ŒUVRE COMPLEXIFIEE</b> .....	10
A- LA NATURE PLASTIQUE DU PROJET D'ETABLISSEMENT PERMET DE S'ADAPTER A L'HETEROGENEITE DES DIRECTIONS COMMUNES .....	10
1- Les textes, recommandations et autres référentiels laissent une liberté importante aux établissements pour réaliser un projet d'établissement commun.....	10
2- Cette nature plastique permet d'adapter le projet d'établissement au caractère hétérogène des directions communes et de leurs organisations .....	13
B- DES FREINS A LEVER POUR METTRE EN ŒUVRE DE MANIERE EFFECTIVE UN PROJET D'ETABLISSEMENT COMMUN.....	17
1- Des contextes culturels, politiques, sociaux et territoriaux différents entre les établissements de la direction commune qui complexifient la réalisation d'un projet commun et amplifient le phénomène de résistance au changement ....	17
2- Les facteurs clés de réussite d'un projet d'établissement commun.....	20
<b>PARTIE 2 : LE PROJET D'ETABLISSEMENT COMMUN, UN OUTIL FACILITANT LA RECOMPOSITION DE L'OFFRE TERRITORIALE ET LE RAPPROCHEMENT ENTRE LES ETABLISSEMENTS</b> .....	24
A- UN PROJET D'ETABLISSEMENT COMMUN S'AVERE PERTINENT DANS UNE DIMENSION TERRITORIALE ET DE RECOMPOSITION DE L'OFFRE EN VUE D'AMELIORER LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS.....	24
1- Le projet d'établissement commun peut faciliter l'instauration d'une stratégie de groupe et permettre à la direction commune de devenir un véritable mode de coopération	
2- Le projet d'établissement commun peut permettre une recomposition de l'offre dans une dimension territoriale et une recherche d'efficience.....	27
B- LA REALISATION D'UN PROJET D'ETABLISSEMENT COMMUN EN VUE DE PREPARER UN RAPPROCHEMENT ENTRE LES ETABLISSEMENTS DE LA DIRECTION COMMUNE.....	31
1- Le projet d'établissement commun peut être un préalable à la mise en œuvre d'un mode de coopération plus intégratif pouvant aboutir à une fusion d'établissements.	31
2- Un mode de coopération plus intégratif n'est pas une fin en soi, l'important étant la mise en œuvre effective du projet d'établissement commun.....	35
<b>CONCLUSION</b> .....	39

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AFNOR** : Association Française de Normalisation

**ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance

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

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CA** : Conseil d'Administration

**CD** : Conseil Départemental

**CTE** : Comité Technique d'Etablissement

**CHSCT** : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

**CVS** : Conseil de la Vie Sociale

**D3S** : Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

**EHESP** : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**EPRD** : Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses

**GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire

**GCSMS** : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

**GIP** : Groupement d'Intérêt Public

**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**ISO** : International Organization for Standardization : Organisation Internationale de Normalisation

**MIP** : Module Interprofessionnel

**PGFP** : Plan Global de Financement Pluriannuel

**PRS** : Projet Régional de Santé

**SRS** : Schéma Régional de Santé

**SWOT** : Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats : Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces

## Introduction

« *Projet de vie, projet d'accompagnement personnalisé, projet de soins, projet managérial, projet social, médical, architectural, d'animation, fiche-projet, conduite de projet, gestion de projet, management de projet, projet de service, projet de pôle, projet d'établissement, ...* » : la notion de projet est omniprésente dans les structures sanitaires, sociales et médico-sociales. En effet, la gestion des établissements « *en mode projet* » tend à supplanter, du moins dans les paroles des directeurs et cadres des établissements, la gestion courante, qui apparaît moins valorisée. Une élève-directrice, aujourd'hui en poste, illustre l'importance de la réalisation de projets en indiquant que « *c'est au travers du projet et des objectifs fixés que se développent la culture et l'identité d'un établissement* » (NGOMBI, 2009). En effet, pour LOUBAT (2019), le projet « *réinterroge les identités, le sens et les valeurs de toutes les entreprises : s'il se présente comme un exercice de style spéculatif et déclaratif, c'est qu'il vise à repenser une forme sociale, son utilité et son fonctionnement, dans le but de distribuer une nouvelle donne et de l'ajuster à une demande en évolution* ». La mise en œuvre de projets serait donc désormais la pierre angulaire du fonctionnement et de l'adaptation des établissements à l'évolution des besoins des usagers.

Le Centre national de ressources textuelles et lexicales définit la notion de projet comme « *l'idée qu'on met en avant et le plan proposé pour réaliser cette idée* » (CNRTL, 2021). Le notion de projet va donc au delà de la simple idée puisqu'elle doit permettre la concrétisation d'une intention au travers d'un plan d'actions. Sur mon lieu de stage, j'ai pu constater que les professionnels avaient de nombreuses idées et qu'ils exprimaient le fait qu'ils souhaiteraient réaliser de nombreux projets (« *des projets on en a plein* » (sic)). Pourtant, ces « *projets* », n'étant pas formalisés de manière explicite et ne décrivant pas l'ensemble des aspects nécessaires à leur réalisation, ne sont pas mis en œuvre et les idées formulées par les professionnels restent souvent lettre morte. En effet, comme l'indique NGOMBI (2009) « *toute intention (proposition) doit pour être validée, faire l'objet d'une planification. Ce formalisme ambiant a conduit ces trente dernières années à la prolifération de documents différents mais visant tous le même objectif : traduire des intentions en actions concrètes* ». Un effort de pédagogie semble donc nécessaire afin de distinguer ce qui relève de l'idée de ce qui constitue un véritable projet.

Selon l'Organisation mondiale de normalisation qui a établi la norme ISO 10006 (version 2003), reprise par l'AFNOR sous la norme X50-105, le projet est « *est un processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées, comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des*

*exigences spécifiques, incluant des contraintes de délais, de coûts et de ressources » (Source ANAP, 2021).* Le projet comporte donc plusieurs dimensions et une approche multifactorielle s'avère nécessaire pour atteindre son ou ses objectifs dans un environnement nécessairement contraint.

La réalisation d'un projet doit également être distinguée de la résolution d'un problème. Comme l'indiquent **JANCOURT ET SIMART (2015)** : *« dans les organisations, on parle souvent de « projet » alors qu'en réalité on veut simplement, mais rapidement trouver des solutions à un problème ou traiter une opération. Il est donc essentiel de bien préciser les différences entre un « projet » qui nécessitera une gestion particulière, des moyens dédiés et une attention sérieuse — car il déterminera au moins en partie le futur de la structure — et une « opération » ou une « résolution de problème » dont l'ampleur, les caractéristiques et les enjeux sont, par nature, moindres ».* Le projet se caractérise donc par sa dimension prospective qui permet d'anticiper les changements à venir. En ce sens, le projet permet aux structures sanitaires, sociales et médico-sociales de s'adapter à l'évolution perpétuelle des besoins de la population.

Pour **LOUBAT (2019)**, *« dans un univers en mouvement permanent, le projet répond à une nécessité vitale : celle d'affirmer une utilité sociale, des objectifs, une stratégie, une position et une identité ».* Or, ces changements perpétuels déstabilisent les établissements et leurs organisations et interrogent les professionnels sur le sens de leurs missions. Interrogés dans le cadre de la réalisation du projet d'établissement sur mon lieu de stage, certains agents ont pu se montrer réservés par rapport aux changements envisagés en précisant *« pourquoi changer alors que l'on a toujours fait comme ça ? » (sic).* Mais, les établissements doivent nécessairement faire évoluer leurs pratiques et leurs organisations pour s'adapter à *« ce mouvement permanent ».* L'adaptabilité et la réactivité des établissements apparaissent désormais comme des facteurs clés de performance. Le projet permet de répondre à ces objectifs en permettant aux établissements de se projeter et d'anticiper les changements et leurs conséquences.

A ce stade, le projet d'établissement pourrait donc être défini comme l'acte de formalisation ultime présentant l'identité et les valeurs de l'établissement, ses intentions, ses objectifs et des actions en cohérence avec ses ressources visant à anticiper l'évolution et la transformation des besoins des usagers. Mais, cette définition et l'objet même du projet d'établissement ont évolué au fil du temps. Il est passé d'un outil de promotion des droits des usagers à un projet stratégique pouvant être envisagé à l'échelle d'une direction commune.

Initialement, le projet d'établissement a été conçu comme un outil en vue de garantir les droits des usagers et lutter contre la maltraitance. Il apparaît à la fin des années 80, dans le secteur du handicap au sein de l'article 30 du Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 qui énonce que « *le directeur propose au Conseil d'Administration un projet d'établissement fixant les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques du centre ainsi que les modalités de leur réalisation et de l'évaluation de leurs résultats* ».

Dans le secteur sanitaire, c'est la Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 qui rend obligatoire la réalisation d'un projet d'établissement, d'une durée de cinq ans, fondé notamment sur la base d'un projet médical. Dans le secteur médico-social, c'est surtout la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui consacre le projet d'établissement comme un des « *sept outils* » qui vise à garantir les droits des usagers et à prévenir la maltraitance, à l'instar du livret d'accueil ou encore du contrat de séjour.

Comme l'a exposé Martine AUBRY, qui était à cette époque la Ministre de l'emploi et la solidarité, lors de la présentation du projet de Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale à l'Assemblée nationale le 26 juillet 2000 « *le présent projet de loi comporte quatre objectifs principaux : le premier est relatif à l'affirmation et à la promotion des droits des bénéficiaires et de leur entourage en définissant les droits fondamentaux des personnes et en précisant certaines modalités d'exercice de ces droits : charte de la personne accueillie, règlement intérieur, contrat ou document individualisé garantissant l'adaptation de la prise en charge, recours possible à un médiateur, projet d'établissement fondé sur un projet de vie, d'animation et de socialisation, participation à des « conseils de la vie sociale » rénovés* » (**Source Assemblée nationale, 2021**).

Dans ces conditions, le projet d'établissement apparaît donc comme un outil garantissant les droits des usagers « *en ce sens qu'il définit des objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure* » (**ANESM, 2009**). L'évaluation des objectifs définis par le projet d'établissement permet également de promouvoir la bientraitance et la qualité de prise en charge des usagers.

Mais, pourquoi cette Loi a-t-elle dû réaffirmer en 2002, la nécessité de formaliser un projet d'établissement alors qu'il avait fait son apparition dans le secteur médico-social depuis la fin des années 80 ? Peut-être car la culture de l'écrit et la formalisation de projets ne sont pas si développées dans le secteur médico-social. Sur mon terrain de stage, j'ai pu constater par exemple que si des projets d'accompagnement personnalisés étaient bien réalisés, ils n'étaient pas toujours entièrement formalisés. Or, dans ces conditions, comment les diffuser, les évaluer et les actualiser ?

**DEMOUSTIER ET PRIOU (2013)**, pointent une véritable évolution avec la nécessité de passer par des documents écrits. Ils précisent que *« cette évolution, qui ne signifie pas que ce travail n'existait pas auparavant, n'est pas anodine en ce qu'elle démontre les volontés institutionnelles et professionnelles d'objectiver par écrit les actions de l'établissement »*. **LOUBAT (2019)** précise que *« si dans beaucoup d'autres domaines d'activité, on ne concevrait pas de travailler sans projet clair, sans plan d'action et feuille de route précis, les secteurs social et médico-social ont pu fonctionner durant des décennies en prenant beaucoup de liberté avec la question du projet et de sa réalisation »*. Selon lui, cette manière de fonctionner témoigne de la marginalisation mais également de la protection à l'égard de toute logique de marché qui caractérisait les secteurs sociaux et médico-sociaux héritiers des paroisses, des couvents et congrégations, *« animés par l'esprit de la Charité ou d'une solidarité militante »*. Ainsi, pour **CORON (2017)**, le champ du médico-social est un ensemble hétérogène *« à l'identité instable qui a notamment été institutionnalisé comme un espace par défaut pour libérer les hôpitaux dédiés aux soins techniques de haut niveau de certains patients pour lesquels cette optique est inadaptée »* et qui in fine *« se situerait quelque part entre l'aide-ménagère ou l'animateur d'un côté et le soin médical aigu de l'autre »*.

Dans ces conditions, on comprend mieux pourquoi la formalisation d'un projet d'établissement a été une évolution significative pour les établissements de ces secteurs. Certains établissements continuent d'ailleurs à ne pas en avoir et beaucoup n'ont plus actualisé leur projet d'établissement depuis un certain temps. Interrogés à ce sujet, les services de l'ARS reconnaissent que *« bien que la réalisation du projet d'établissement est une prérogative importante dévolue au directeur, ils ne sont pas encore suivis et lus de manière approfondie par l'Agence »*.

Pour autant, depuis quelques années, ces secteurs ne peuvent plus faire fi des réalités économiques et des phénomènes de contractualisation avec les autorités de tarification et de contrôle. C'est le cas notamment des EHPAD, qui depuis la Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, doivent contractualiser un CPOM et établir un EPRD.

Cette évolution culturelle apparaît en partie comme la résultante de l'instauration du New Public Management au domaine de la santé et par extension aux secteurs sociaux et médico-sociaux. **BEZES (2007)** précise que *« le New Public Management défend de nouvelles manières de penser l'organisation administrative à partir d'un ensemble hétérogène d'axiomes tirés de théories économiques, de prescriptions issues de savoirs de management, de descriptions de pratiques expérimentées dans des réformes (notamment dans les pays anglo-saxons) et de systématisations produites par des*



organismes comme l'OCDE". **PIERRU (2012)** ajoute que « *cette description des luttes institutionnelles dans le secteur de la santé confirme, d'une part, que le New Public Management est un puzzle doctrinal assez plastique et d'autre part, qu'il ne signifie en aucune façon le retrait de l'Etat, mais bien au contraire son renforcement : dans le domaine de la santé une bureaucratie renforcée et équipée en nouveaux instruments d'action publique (indicateurs, contrats, etc.) cherche à reprendre le contrôle d'hôpitaux désormais décommunalisés car étatisés* ». Analysant le phénomène de libéralisation des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui s'accompagne de la nécessité de contrôle des dépenses publiques dans une logique de rationalisation, **LOUBAT (2019)** affirme que « *l'Etat ne se désengage pas, il cesse d'être providentiel (par nécessité)* ».

Dans ces conditions, le projet d'établissement ne peut plus constituer qu'un simple outil garantissant les droits des usagers. Il doit devenir un outil de planification au service de la performance et de l'efficience des établissements à l'instar d'autres outils déjà instaurés (CPOM, EPRD, PGFP, tableau de bord de l'ANAP). En effet, les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont désormais tenus d'une double contrainte qui apparaît comme des objectifs de fonctionnement. D'une part, assurer une prise en charge de qualité en prenant en compte l'évolution des besoins des usagers qui souhaitent des prestations plus personnalisées dans une logique « *d'usagers-clients* » et d'autre part, de réaliser ces prestations avec des ressources financières, humaines, et matérielles contraintes. On pourrait ajouter, que ces objectifs doivent être réalisés tout en promouvant la qualité de vie au travail des professionnels.

Ainsi, comme l'indiquent **JANCOURT et SIMART (2015)**, « *les structures sanitaires et médico-sociales sont ainsi confrontées, pour assurer la pérennité de leurs services, à l'obligation d'innover au plus vite, mieux, sans risques à et à moindre coût... bref à être performantes simultanément dans les domaines de l'organisation, de la qualité et des coûts* ». **LAFORCADE (2011)** retient que si ces secteurs ont toujours eu la volonté d'obtenir des résultats probants et d'être performants, « *il s'agit aujourd'hui de formaliser cette ambition et d'étayer la preuve de sa performance par des éléments plus objectifs* ». La réalisation, le suivi et l'évaluation du projet d'établissement pourraient permettre d'objectiver la performance et l'efficience des établissements. Le projet d'établissement doit donc désormais être envisagé comme un véritable document stratégique.

Selon la définition du LAROUSSE la stratégie est l'«*art de coordonner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but* ». Ainsi, pour **CHESNAIS**, le projet d'établissement est bien un « *projet stratégique* » (**G. CHESNAIS, cours EHESP, 2021**).

Elle ajoute que « *le projet stratégique pourrait se définir comme une politique visant à se positionner de façon durable dans son environnement, avec un niveau de performance jugé acceptable par l'ensemble des parties prenantes* ».

Pour **WEIL (2018)**, « *le besoin de stratégie vient du fait qu'une organisation fait face à des opportunités et à des risques nombreux, et pas toujours manifestes, et qu'elle ne dispose que de ressources limitées (financières, humaines, en termes de compétences, d'attention disponible des dirigeants...)* pour tenter de saisir ces opportunités ou parer à ces risques ». Cette analyse émise dans la sphère de l'entreprise est désormais également valable pour les structures sanitaires, sociales et médico-sociales. Cependant, si la portée stratégique du projet d'établissement n'est pas remise en cause par les professionnels on peut s'étonner que ces projets ne soient que très peu lus par les équipes. Un rapide sondage réalisé sur mon lieu de stage auprès des membres des groupes de travail sur le projet d'établissement a montré que moins de 10 % des personnes interrogées avaient lu le précédent projet.

Le directeur d'établissement doit donc se muer en stratège, qui étymologiquement désigne « *celui qui conduit la guerre* », pour concevoir mais également faire accepter le projet aux équipes. Reprenant des définitions de la stratégie qui seraient applicables dans le secteur de la santé, **LOUAZEL (2018)** retient que la stratégie consiste en une allocation de ressources qui engage l'organisation dans le long terme en configurant son périmètre d'activité (JOHNSON, 2008) tout en étant également un processus d'adaptation (« *strategic fit* ») à un environnement extérieur incertain, en changement perpétuel (ANDREWS, 1971).

En qualité de document stratégique, le projet d'établissement doit donc à la fois permettre de se projeter dans le temps long mais également laisser la possibilité aux établissements de développer des capacités d'adaptation importantes dans le cadre de ressources contraintes. Cette capacité d'adaptation des établissements a notamment été testée lors de la crise sanitaire du Covid-19 lors de laquelle les plans de gestion de crise (plan blanc, bleu et plan de continuité d'activité), qui doivent désormais se retrouver au sein du projet d'établissement, ont montré leur importance pour assurer la continuité de la prise des usagers.

L'évolution des secteurs sociaux et médico-sociaux dans un contexte contraint et la volonté de s'adapter aux nouveaux besoins de la population incitent également les établissements à se regrouper. Interrogés à ce sujet, les services de l'ARS apparaissent très favorables à ces regroupements sous différentes formes (création de GCSMS,

fusions, directions communes...) en vue notamment « *d'instaurer des parcours de prise en charge, de décloisonner les secteurs et de diminuer le nombre d'interlocuteurs* », si bien que certains auteurs ont parlé de « *quasi injonction de regroupements par les pouvoirs publics* » (GRENIER et GUITTON-PHILLIPE 2014).

Comme le retiennent un collectif d'élèves de l'EHESP (MIP 2019), depuis 2002, pour le secteur médico-social, les outils de coopération se sont multipliés et ont été promus par les pouvoirs publics. Pour plus de souplesse, la direction commune, qui permet la conservation de l'autonomie juridique des établissements, peut être envisagée avant des coopérations plus intégratives ou comme mode de gouvernance pérenne. En effet, une simple convention suffit à instaurer une direction commune. Or, « *ce mécanisme statutaire permet à un directeur d'avoir la responsabilité d'un établissement sans toucher à la forme juridique de celui-ci et ainsi de mutualiser des moyens et des ressources au niveau des directions fonctionnelles des établissements* ».

Mais, quel est le sens de ces regroupements et quel peut être le rôle du projet d'établissement dans ce contexte ? Plus qu'une juxtaposition d'établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux offrant des prestations à leurs usagers, les directions communes peuvent permettre de réaliser des projets communs en développant des valeurs et une identité communes. Dans ces conditions, la réalisation et la mise en œuvre d'un projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune pourraient s'envisager comme une solution adéquate.

La problématique suivante peut donc être posée sous forme de deux interrogations. Dans quelle mesure la réalisation d'un projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune est-elle possible, adaptée, utile et opérationnelle et comment le projet d'établissement commun peut-il être un vecteur important en vue d'accroître la performance des établissements, de recomposer l'offre territoriale ou encore de préparer un rapprochement entre établissements ?

Le présent mémoire aura ainsi pour objet de présenter, dans une première partie, l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement commun dans le cadre d'une direction commune en s'attachant à exposer les similitudes avec un projet d'établissement mais également les facteurs qui en complexifie la réalisation. La seconde partie envisagera le projet d'établissement commun comme un outil en vue de faciliter la recomposition de l'offre territoriale et le rapprochement entre les établissements de la direction commune.

## **METHODOLOGIE**

### **Contexte de réalisation du présent mémoire :**

J'ai réalisé mon stage de professionnalisation au sein d'une direction commune regroupant deux EHPAD sur trois sites. Cette direction commune a été formalisée dans le cadre d'une convention datant du 12 mai 1997. Les deux établissements, situés dans le Sud de la France, présentent une capacité globale d'environ 250 lits. Chacun des sites présente des singularités importantes (capacitaire : de 48 à 119 lits ; architecturale : des bâtiments récents à une maison bourgeoise du 18<sup>ème</sup> siècle ; organisationnelle : répartition des tâches AS / ASH par exemple, horaires de travail différents...).

La direction commune est composée d'une directrice et d'une directrice adjointe en charge des ressources humaines, d'un attaché d'administration hospitalière responsable administratif et financier, d'un cadre supérieur de santé et d'un ingénieur en charge de la qualité. Les principales fonctions supports sont donc représentées au sein de la direction commune.

Lors de mon stage, j'ai eu l'opportunité de piloter l'élaboration des projets d'établissement des deux structures qui se sont finalement transformés en projet d'établissement commun à l'échelle de la direction commune.

### **La démarche suivie :**

Le sujet du présent mémoire résulte donc de ma principale mission réalisée dans le cadre de mon stage de professionnalisation. Cette expérience a pu alimenter ma pensée de part mes observations participantes dans le cadre de groupes de travail, d'entretiens avec des professionnels et des usagers ou encore de réunions avec les autorités de tarification et de contrôle ou lors des instances des établissements.

Les outils et les résultats développés dans le cadre de l'élaboration de ce projet d'établissement commun (questionnaires, entretiens, recueils des attentes et des besoins des résidents et des professionnels, Safari-Photos, état des lieux des services, formation sur la gestion de projets et l'accompagnement au changement) sont utilisés dans le cadre du présent mémoire.

J'ai également pu mener une douzaine d'entretiens semi-directifs auprès d'une variété d'acteurs (directeurs d'établissements en direction commune, représentant du personnel, représentant des usagers, usagers, représentant du Président du Conseil d'administration, agents de l'ARS et du CD).

Ces entretiens ont été réalisés selon un guide d'entretien (**cf. annexe n°1**) qui a du évoluer au gré de la transformation de mon sujet et de ma problématique. En effet, cette première version se limitait à comparer les projets d'établissements « *classiques* » au projet d'établissement commun réalisé à l'échelle d'une direction commune. Mon projet de plan détaillé m'a alors servi de guide d'entretien en vue d'obtenir des réponses plus ciblées à mes interrogations.

### **- L'évolution du sujet et l'émergence de la problématique :**

Initialement, j'envisageais de réaliser mon mémoire sur la réalisation et la mise en œuvre du projet d'établissement en analysant les différents phénomènes pouvant se produire (jeux de pouvoirs, résistances aux changements...); le rôle du directeur dans le cadre de ce projet et l'impact du projet d'établissement sur les organisations.

Or, ces thématiques ont été largement traitées au sein de mémoires d'anciens élèves de l'école et font l'objet d'une littérature abondante. L'encadrante de mon mémoire m'a alors fait remarquer que la singularité de mon terrain de stage était d'être en direction commune.

C'est ainsi que mon sujet et ma problématique ont évolué vers l'opportunité de réaliser un projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune, sujet qui n'a fait l'objet, à ma connaissance, d'aucun ouvrage ou d'article spécialisé.

### **- Le périmètre d'étude :**

Mon périmètre d'étude a été principalement celui du secteur médico-social. Pour autant, certains des constats et préconisations du présent mémoire apparaissent transposables aux secteurs sanitaire et social.

### **- Les limites de cette étude :**

Le contexte de crise sanitaire a fortement limité la réalisation des entretiens. Ces derniers se sont tenus en visio-conférence ou par téléphone ce qui limite les interactions et ne permet pas d'apprécier le langage non-verbal de la personne interrogée.

De plus, l'absence de littérature sur la réalisation d'un projet d'établissement commun ne m'a pas permis de m'assurer si mes constats dans le cadre d'une direction commune étaient partagés et si les préconisations proposées étaient suffisamment opérationnelles.

## **Partie 1 : LE PROJET D'ETABLISSEMENT COMMUN : UNE ELABORATION CLASSIQUE QUI S'ADAPTE AUX DIFFERENTS TYPES DE DIRECTIONS COMMUNES MAIS UNE MISE EN ŒUVRE COMPLEXIFIEE**

La nature plastique du projet d'établissement commun permet aux structures d'avoir des marges de manœuvre importantes dans le cadre de sa formalisation (A). Néanmoins, des freins sont à lever en vue de sa mise œuvre effective (B).

### **A- LA NATURE PLASTIQUE DU PROJET D'ETABLISSEMENT PERMET DE S'ADAPTER A L'HETEROGENEITE DES DIRECTIONS COMMUNES**

#### **1- Les textes, recommandations et autres référentiels laissent une liberté importante aux établissements pour réaliser un projet d'établissement commun**

a- L'absence de contraintes juridiques à la réalisation d'un projet d'établissement commun permet aux établissements en direction commune de l'envisager et de se montrer créatifs

Dans le secteur médico-social, le projet d'établissement est régi par l'article L. 311-8 du Code de l'action sociale et des familles qui retient notamment que *« pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement »*.

Cette rédaction laisse une grande marge de liberté aux établissements médico-sociaux. En effet, comme l'énoncent les recommandations de l'ANESM, *« les contraintes légales et réglementaires concernant le projet d'établissement ou de service sont relativement modérées, comparativement à d'autres outils plus exigeants, comme le conseil de la vie sociale (CVS), par exemple » (ANESM, 2009)*.

Dans le secteur sanitaire, l'article L. 6143-2 du Code de la santé publique énonce de manière beaucoup plus détaillée les éléments indispensables que doit contenir le projet d'établissement à savoir, un projet médical, les objectifs de formation et de recherche, un projet de prise en charge des patients, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, le projet psychologique, le projet social et le projet de gouvernance et de management.

Malgré ce formalisme renforcé pour les structures sanitaires, ces normes permettent donc bien aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de réaliser un projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune.

En l'absence de contraintes juridiques, les acteurs du secteur médico-social peuvent donc se montrer créatifs sans se heurter à un formalisme trop restrictif. Cependant, malgré cette grande latitude, des thématiques « *incontournables* » doivent néanmoins être abordées pour permettre la bonne compréhension du projet d'établissement commun.

Ainsi, l'**ANESM (2009)** recommande d'expliciter « *l'histoire et le projet de l'organisme gestionnaire; les missions; le public; la relation avec les parents, la famille et l'entourage; la nature de l'offre de service et son organisation; les principes d'intervention; les professionnels et les compétences mobilisées; les objectifs d'évolution, de progression et de développement* ». Ces recommandations laissent ainsi une très large place aux constats descriptifs avant, in fine, d'aborder les objectifs prospectifs.

Ce découpage se retrouve dans la plupart des projets d'établissement, dont le précédent projet sur mon lieu de stage, qui apparaît en majeure partie descriptif avant seulement d'aborder l'objectif d'évolution et de renvoyer la réalisation de cet objectif à une fiche action en annexe. Cette structuration interroge sur le sens du projet d'établissement.

Si une partie descriptive est nécessaire, il a surtout pour objet comme l'énonce **LOUBAT (2019)** « *de réinterroger les positionnements des opérateurs et les services rendus, d'imaginer d'autres scénarios de réponse, de modifier les organisations et de réinsuffler éventuellement un sens* ». Ainsi, la partie prospective ne doit pas être négligée car elle constitue l'essence même du projet d'établissement.

#### **Préconisations:**

- Utiliser la liberté laissée par les normes juridiques pour faire du « *sur-mesure* » ;
- Être créatif et innovant, sans oublier les thématiques incontournables ;
- Respecter les proportions descriptive et prospective du projet d'établissement.

b- La méthodologie proposée pour la réalisation d'un projet d'établissement peut être adaptée à l'échelle d'une direction commune pour la réalisation d'un projet commun

Dans l'ensemble, les méthodologies proposées par les référentiels (recommandations de l'ANESM, ouvrages sur le projet d'établissement) sont valables pour la réalisation d'un projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune.

Les différentes étapes du projet, la participation de l'ensemble des parties prenantes, l'engagement des dirigeants (cf. **Recommandations ANESM, 2009**) sont autant d'éléments qui doivent également être mis en œuvre dans le cadre d'une direction commune. Dans ces conditions, nous n'aborderons ci-après que les points spécifiques à adapter dans le cadre d'un projet d'établissement commun.

Le premier serait la temporalité. La situation idéale serait que les projets d'établissement de chaque structure de la direction commune se terminent sensiblement en même temps, tout en sachant que si les projets d'établissement sont établis pour cinq années, des prorogations d'une à deux années sont, en pratique, admises et tolérées par les autorités de tutelle. Sur mon terrain de stage, les projets d'établissement avaient un terme identique. Cela a permis de lancer la démarche de refonte des projets simultanément. Par ailleurs, la réalisation, dans le même temps, du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) et la contractualisation des CPOM des deux établissements ont permis respectivement d'avoir des entretiens directs avec les agents des établissements et de réaliser un diagnostic territorial partagé avec les autorités de tutelle.

Le second point serait de bien définir sa stratégie de communication. Faut-il indiquer dès le lancement du projet qu'un projet d'établissement commun sera réalisé ? Interrogé à ce sujet, un directeur d'un établissement public de santé mentale du Nord de la France ayant réalisé un projet d'établissement commun a répondu « *que nous avons dès le lancement du projet annoncé qu'il s'agirait d'un projet d'établissement commun. En effet, la directrice, qui venait d'arriver récemment, voulait dans un but politique indiquer que le rapprochement des établissements était en œuvre. Pour cette même raison, nous avons réuni les deux Conseils de Surveillance en séance plénière pour l'adoption du projet d'établissement commun* ».

Un choix différent a été réalisé sur mon terrain de stage. La raison en était simple. Nous n'avions pas envisagé au début du projet de réaliser un projet d'établissement commun. Ce n'est qu'après la réalisation du diagnostic qui a montré des résultats comparables et des attentes et des besoins quasiment identiques pour les deux établissements, qu'il a été décidé de réaliser un projet d'établissement commun. Or, en l'espèce, une justification objective et partagée a été un atout pour légitimer la réalisation d'un projet d'établissement commun auprès des professionnels, des usagers et des élus.

Un second élément facilitant pour légitimer la réalisation du projet d'établissement commun, a été l'instauration d'un Comité de pilotage unique à l'échelle de la direction commune comprenant des professionnels intervenant sur l'ensemble des sites.



Enfin, le troisième point serait de respecter l'équilibre et les spécificités de chaque site. Par exemple, il s'avère pertinent d'utiliser les mêmes modes de participation et de consultation pour chaque établissement. Durant mon stage, un des établissements a fait l'objet d'une moindre consultation en raison d'un cluster COVID. Cela m'a été reproché par les représentants du personnel en indiquant « *que cet établissement était toujours mis de côté* ». Par ailleurs, lors de la rédaction du projet d'établissement commun, il convient de bien faire apparaître les spécificités et l'histoire de chaque site. Une présentation judicieuse de certains projets d'établissements communs fait apparaître des tronc communs et des parties spécifiques pour chaque établissement de la direction commune.

#### **Préconisations :**

- Faire coïncider la temporalité des projets d'établissement pour lancer la réalisation du projet d'établissement commun ;
- Définir une stratégie de pilotage à l'échelle de la direction commune et justifier de manière objective de l'intérêt de réaliser un projet d'établissement commun ;
- Veiller au respect des équilibres entre les sites et adopter un formalisme permettant de mettre en lumière les spécificités de chaque établissement ;
- Le cas échéant, réunir lors d'une séance plénière, les Conseils d'Administration (ou de Surveillance) des établissements de la direction commune pour l'adoption du projet d'établissement commun.

## **2. Cette nature plastique permet d'adapter le projet d'établissement au caractère hétérogène des directions communes et de leurs organisations**

a- La nature et les organisations des directions communes sont très hétérogènes

Schématiquement, on peut opposer deux types de directions communes, bien que juridiquement elles présentent les mêmes caractéristiques. Les premières sont constituées d'un directeur unique qui assure la gestion de plusieurs établissements et donc de plusieurs sites. Les secondes sont composées d'une équipe de direction qui recense plusieurs directeurs autour d'un directeur général. Les premières sont souvent symptomatiques du manque d'attractivité et des difficultés de recrutement des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (D3S).

**PASSICOUSSET (2016)** exprime ce manque d'attractivité en énonçant que « *l'habitude et le statut public poussent à chercher à recruter un professionnel au statut canonique : celui de « D3S »*. Or, les candidats D3S restent peu nombreux dans des régions éloignées du soleil et de la mer. Dans un département rural du Nord de la France, je peine à retenir leur attention malgré l'intérêt des postes. Il m'a fallu une année pour parvenir à compléter progressivement les rangs de mon équipe de directeurs de pôle ».

Pour un collectif d'élèves de l'EHESP (**MIP 2019**), ce manque d'attractivité des « *chefferies isolées* » s'explique par plusieurs raisons. Ils énoncent notamment qu' « *un bon nombre de ces structures multi-sites se situent en milieu rural, dans des zones isolées et peu dynamiques démographiquement. M. L. dépeint le tableau suivant : « je suis à 45kms de la ville de X, dans un lieu très isolé, avec un aspect démographique en déclin, comme dans tout le territoire [...] Personne n'avait postulé sur ce poste à part moi* ». Cet isolement géographique se conjugue aux distances parfois importantes entre les différents établissements d'une même direction commune : jusqu'à 70 kilomètres de routes de campagne pour M. C. À cet isolement géographique s'adjoint l'isolement professionnel dans le cas des chefs isolés de structures multi-sites, où le directeur doit assurer seul ses missions sur plusieurs sites, ce qui alourdit d'autant plus sa charge de travail ». Les directions communes permettent ainsi aux autorités de contrôle et de tarification de pallier l'absence de candidature sur certains postes.

Pour **MONIER (2009)**, « *la direction commune peut être vue comme une réponse au problème démographique des directeurs. De ce fait, le rôle des tutelles en matière de veille stratégique, afin de saisir les opportunités de rapprochement entre les établissements et de ne pas laisser des situations problématiques se détériorer, est primordial. Elles peuvent donc être des initiateurs ou des facilitateurs de la mise en place d'une direction commune* ». Plus encore, certaines directions communes apparaissent plus subies que souhaitées par les directeurs.

Or, la nature et les organisations des directions communes influent sur leurs modes d'exercice. Sur mon lieu de stage, la direction commune est composée d'une directrice et d'une directrice adjointe en charge des ressources humaines. Pour assurer une meilleure continuité et une présence étendue sur les différents sites, cette direction commune a été élargie en y incluant, un attaché d'administration hospitalière, responsable administratif et financier et un cadre supérieur de santé. Cette composition permet une meilleure répartition des compétences, des gardes de direction et aussi d'assurer une présence régulière de la direction sur chacun des sites.

Comme l'énoncent les élèves de l'EHESP (**MIP 2019**), « *le dimensionnement et la constitution des équipes sont un facteur distinctif fort des deux modes d'exercice. Les chefs d'établissement isolés travailleront avec leurs équipes de proximité. Pour les directeurs adjoints, être en équipe de direction favorise le travail en commun. Ils évoluent sur des structures de taille plus importante, avec des effectifs plus nombreux, permettant une spécialisation des équipes et un recours à des compétences plus pointues* ».

Dans ces conditions, les directions communes qui peuvent constituer une équipe de direction sont généralement plus attractives pour les D3S. Il semblerait que l'exercice isolé soit de moins en moins recherché et il suffit de regarder les comptes rendus réalisés par les organisations syndicales à l'issue des affectations de postes et le nombre

croissant d'absence de candidature sur ces postes pour s'en persuader. Interrogé à ce sujet un directeur d'une direction commune du Sud de la France, énonce que « *la direction commune apparaît comme un mode de gouvernance de transition car elle présente de nombreux inconvénients* ».

**Préconisations :**

- Appréhender tous les aspects d'une direction commune avant sa création ou avant de prendre ce type de poste ;
- En l'absence de recrutement possible d'un directeur adjoint, analyser les possibilités d'élargir l'équipe de direction avec d'autres agents (attaché d'administration hospitalière, cadre supérieur de santé...);
- Evaluer les avantages et les inconvénients de la direction commune avant de s'interroger sur sa pérennité et sa transition éventuelle vers une autre forme de coopération.

b- Les contraintes importantes de certains modes d'exercice en direction commune peuvent influencer sur la possibilité de mettre en œuvre la dimension stratégique du projet d'établissement

L'exercice en direction commune peut donc ajouter des contraintes de gestion et d'organisation. Au delà des contraintes géographiques déjà évoquées et des nombreux déplacements que nécessite l'exercice multi-sites, la nature juridique des directions communes, qui laisse perdurer des entités autonomes, alourdit de manière conséquente la gestion de ces établissements. En effet, chaque établissement conserve ses instances et tout est démultiplié (échanges avec les représentants du personnel, avec les usagers, avec les élus...).

Interrogé à ce sujet, un directeur d'établissements en direction commune expose que « *quand il s'agit d'organiser les instances, cela devient très compliqué, j'ai pour chaque instance (CA, CTE, CHSCT, CVS) quatre ordre du jour ; les dossiers, souvent communs comme cette année les lignes directrices de gestion, sont présentés quatre fois, il faut s'adapter aux préoccupations et aux membres de chaque instance ; je pourrais passer tout mon temps à préparer les instances, les faire, valider les procès-verbaux et les délibérations, et préparer les prochaines séances des instances. Au moins avec la fusion, cela limite le nombre d'instances* ».

Ces situations que rencontrent les directeurs isolés d'établissements en direction commune peuvent aboutir à une forme de résignation et de frustration. Comme le retiennent des élèves de l'EHESP (MIP, 2019), « *la multiplication des tâches entraîne*

*ainsi une forme de frustration pour le directeur, qui a l'impression de survoler certains dossiers sans pouvoir s'y consacrer en profondeur. « On survole tous les dossiers par manque de temps [...] on fait tout vite, vite, vite. » - Mme D ».*

Dans ces conditions, on peut émettre l'hypothèse que les différents modes d'exercice en direction commune influent sur la qualité du projet d'établissement. En effet, un des éléments essentiels du projet d'établissement, en qualité de document stratégique, est la capacité à se projeter et à anticiper les changements. Or, cette capacité apparaît restreinte pour le directeur isolé qui doit déjà assurer la gestion quotidienne et la gestion des urgences. A ce sujet, un directeur général d'une direction commune dans le secteur du handicap retient que *« dans les grands groupes associatifs, il y a un directeur chargé de la stratégie, un autre qui s'occupe des réponses aux appels à projets. Le modèle du directeur qui s'occupe de tout est dépassé. Il ne plus concurrencer les grands groupes ».* Ainsi, pour **LOUBAT (2019)**, le directeur ne peut plus *« naviguer à vue ».*

A contrario, la capacité de projection et de stratégie au sein d'une équipe de direction apparaît beaucoup plus aisée. **PASSICOUSSET (2016)** confirme l'intérêt des équipes de direction en précisant qu' *« une pluralité de regards, de compétences diverses et d'appuis s'avèrent bien utile dans une équipe de direction. La diversité des profils va me permettre de favoriser un écosystème de compétences : connaissance affinée des besoins évolutifs des personnes accompagnées, compétences techniques et gestionnaires, compétences et savoir-faire relationnels (...). Ces compétences sont les fondations pour conduire l'action, construire l'aventure collective. Certes, le chef d'établissement est seul en termes de responsabilité et il doit parfois prendre seul des décisions difficiles. Il a néanmoins besoin des autres pour comprendre, élaborer des scénarii, sentir les évolutions en cours, être informé des éléments techniques, repérer les signaux faibles ».*

La capacité à réaliser un projet d'établissement de qualité peut donc dépendre de l'organisation de la direction commune et du temps pouvant être dégagé par le directeur pour les fonctions stratégiques.

A ce stade, on peut comparer les similitudes entre la démarche de réalisation du projet d'établissement et les réponses aux appels à projets. Ces derniers peuvent avoir été déjà envisagés dans le cadre du projet d'établissement et constituent un levier d'action important pour les structures qui peuvent notamment financer des innovations et réaliser des expérimentations.

Pour **LOUBAT (2019)**, « le choix arrêté des « appels à projets », impulsé par la loi dite HPST, sollicite particulièrement les opérateurs en ce sens et donc leurs capacités à anticiper et à innover, c'est-à-dire à penser de nouveaux systèmes d'action plus efficaces et plus performants. Au premier abord, cette procédure semble limiter l'initiative et les marges de manoeuvre des opérateurs, mais en fait, elle privilégie ceux qui possèdent un temps d'avance et une vision prospective, ceux qui ont déjà de vrais projets sous la main ».

Ce raisonnement s'applique au projet d'établissement commun qui doit permettre de formaliser une vision prospective et stratégique. Mais, cette vision semble plus délicate à mettre en œuvre pour un directeur unique en direction commune.

#### **Préconisations :**

- Ne pas perdre de vue la dimension stratégique et prospective du projet d'établissement commun même dans une situation de chefferie isolée ;
- Anticiper et formaliser les tendances et le devenir du secteur dans le projet d'établissement pour préparer et crédibiliser les futures réponses aux appels à projets.

### **B- DES FREINS A LEVER POUR METTRE EN ŒUVRE DE MANIERE EFFECTIVE UN PROJET D'ETABLISSEMENT COMMUN**

#### **1- Des contextes culturels, politiques, sociaux et territoriaux différents entre les établissements de la direction commune qui complexifient la réalisation d'un projet d'établissement commun et amplifient le phénomène de résistance au changement**

- a- La nécessité de prendre en compte le contexte de chaque établissement de la direction commune

Un projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune permet de mettre en œuvre une vision globale, à l'échelle d'un territoire, des prestations pouvant être offertes par les établissements et leurs partenaires. Pour autant, préalablement au mouvement actuel de regroupement des structures et de mise en œuvre de directions communes, il ne faut pas oublier que les établissements se sont construits de manière autonome et ont tous une histoire singulière développée antérieurement. Dans ces conditions, cette histoire, qui constitue la culture de l'établissement et forme le socle de ses valeurs, ne doit pas être occultée, sous peine de s'exposer à de fortes résistances de l'ensemble des parties prenantes (professionnels, usagers, élus).

Pour **MONIER (2009)**, « *ce qui caractérise un établissement, c'est avant tout son identité, sa culture. Si deux établissements peuvent être similaires au regard de la capacité d'accueil, de l'activité réalisée et des plateaux techniques dont ils sont dotés, il existe en réalité une différence et la culture en est la base. Cette différence de culture se ressent, à plus forte raison, lorsqu'on évoque une coopération entre établissements et elle s'accroît si les établissements n'ont pas la même taille. Ces deux situations illustrent bien que la culture d'un établissement peut être un frein à la coopération, surtout lorsqu'il s'agit de la direction commune où les établissements conservent leur autonomie pleine et entière, et donc leur culture* ». La culture singulière de chaque établissement ne peut donc être édulcorée à l'occasion de la réalisation du projet d'établissement commun.

Par ailleurs, le contexte politique doit également être appréhendé avec soin. En effet, bien que les Conseils d'Administration (ou de Surveillance) ont autorisé le principe de la direction commune, les élus locaux conservent un attachement prégnant à l'égard des structures qui se trouvent sur leur territoire. Interrogé sur l'origine et l'opportunité d'avaliser la direction commune entre les deux EHPAD de mon lieu de stage, le représentant du Président du Conseil d'Administration a commencé par rappeler que lorsque cette perspective a été envisagée il y a plus de vingt ans, c'était à la condition que les établissements conservent leur autonomie. Il poursuit en indiquant que « *nous n'aurions pas accepté de fusionner avec un établissement bien plus grand et ainsi perdre toute emprise sur « notre » établissement* ». Un autre exemple de cet attachement des élus aux structures étant sur leur territoire est donné par un programme électoral d'une commune du sud de la France qui contenait comme objectif de campagne la réhabilitation de l'EHPAD public autonome, bien que cela ne correspond pas à ses compétences.

Enfin, le point de vue des usagers, de leurs familles et de leurs représentants légaux peut également être un frein à l'instauration d'un projet d'établissement commun. En effet, si le projet d'établissement commun permet généralement d'homogénéiser les pratiques et de mutualiser des compétences, la volonté des usagers demeure, comme l'a énoncé la représentante des usagers sur mon terrain de stage un « *accompagnement de proximité privilégiant l'individualisation des prises en charge* ».

#### **Préconisations :**

- Saisir qu'un projet d'établissement commun s'inscrit dans un contexte particulier propre à chaque établissement ;
- Intégrer les enjeux de l'ensemble des parties prenantes qui ne sont pas, a priori, favorables à des coopérations plus intégratives et à la mise en œuvre d'un projet d'établissement commun.

- b- la réalisation d'un projet d'établissement commun génère des phénomènes de résistance au changement

Le projet d'établissement commun s'attache à faire évoluer les organisations pour s'adapter à l'évolution des besoins des usagers. Dans ce cadre, des phénomènes de résistance au changement apparaissent inéluctables.

Pour **SOPARNOT (2013)**, ce concept abordé initialement par Coch et French (1948) et inspiré des travaux de Lewin (1951) sur la dynamique des groupes, traduit « *la capacité des individus d'entraver les projets de réforme dans lesquels s'engage l'entreprise. Elle renvoie à une variété de comportements comme le déni, l'indifférence, le rejet, l'obéissance aveugle, la contestation, l'opposition, la grève, le sabotage (...)* ». Comme nous l'avons déjà évoqué, le contexte, la culture, l'histoire et les attentes des parties prenantes favorisent ce phénomène de résistance au changement à l'échelle d'une direction commune.

Pour **MONIER (2009)** « *un des vecteurs utilisés pour affirmer cette culture en établissement lors d'une coopération est la résistance au changement. En effet, coopérer avec une autre structure sous-entend une révision, voire un changement, de l'organisation et du fonctionnement, qui ne faisaient sans doute pas l'unanimité mais pour lesquels les agents s'en étaient accommodés* ». Cette résistance au changement apparaît donc inhérente au projet d'établissement et serait même légitime pour les professionnels.

Pour un représentant du personnel interrogé sur mon terrain de stage dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement commun, « *il y a beaucoup de résistance au changement et c'est normal quand les gens n'ont pas clairement compris les raisons de ce changement. C'est difficile de changer les habitudes. Il faut faire un effort de pédagogie pour expliquer en quoi le changement est nécessaire. Ce qui est difficile avec cette dynamique de changement entraînée par le projet d'établissement est que cela sous-entend qu'aujourd'hui on ne fait pas de la qualité. C'est remettre en cause des pratiques établies depuis très longtemps* ». Un effort de pédagogie et d'accompagnement est donc nécessaire lors de la réalisation du projet d'établissement commun.

En outre, le projet d'établissement commun, en instaurant un management par projets, peut accroître ce phénomène de résistance au changement. Pour **JANCOURT et SIMART (2015)**, le management par projets peut entraîner certaines contraintes. En effet, il privilégie la réalisation d'objectifs et le « *maintien du cap dans un environnement incertain et contraint par les moyens disponibles* ». Ils ajoutent que « *le dispositif de*

*management par projets présente aussi des risques d'acception et d'adhésion par les acteurs concernés car il introduit une nouvelle approche de l'organisation du travail basée sur l'émergence d'une culture nouvelle* ». Dans ces conditions, le directeur doit, dans le cadre du projet d'établissement commun, accompagner cette démarche en vue de faire émerger non pas une « *culture nouvelle* » mais plutôt à notre sens, une culture commune entre les établissements de la direction commune.

### **Préconisations :**

- Accompagner le phénomène de résistance au changement en faisant preuve de pédagogie et en expliquant notamment la nécessité du changement ;
- Accompagner l'émergence d'une culture commune entre les établissements de la direction commune.

## **2- Les facteurs clés de réussite d'un projet d'établissement commun**

- a- Un diagnostic stratégique à l'échelle territoriale de la direction commune

Une fois encore, la méthodologie relative à l'élaboration d'un projet d'établissement s'applique pour un projet d'établissement commun. Cependant, la réalisation d'un état des lieux sous forme de diagnostic stratégique s'avère particulièrement pertinente dans le cadre d'une démarche à l'échelle d'une direction commune. En effet, ce diagnostic stratégique permettra de dégager les valeurs communes des établissements en vue de développer une culture commune et de s'assurer que les prestations offertes par les structures correspondent bien aux besoins des usagers et de la population.

Pour **CHESNAIS (cours EHESP, 2021)**, la démarche de diagnostic stratégique consiste à croiser successivement quatre axes, à savoir : « *ce que l'organisation veut faire* » (son identité, ses valeurs, son projet : approche interne) ; « *ce que l'organisation pourrait faire* » (les besoins sociaux et les autres « offreurs », autrement dit le « marché » sur lequel se positionne l'organisation : approche externe) ; « *ce que l'organisation est légitime ou autorisée à faire* » (son environnement politique et institutionnel : approche externe) ; « *ce que l'organisation sait faire* » (ses compétences, ses ressources, ses moyens : approche interne) ».

Ce diagnostic, qui s'apparente à la mise en œuvre de l'outil d'analyse SWOT dans l'univers de l'entreprise en analysant à la fois les opportunités et les risques internes et externes, est particulièrement pertinent pour une direction commune lorsqu'il est réalisé à l'échelle du bassin territorial des établissements qui la compose.



Ainsi, comme l'énonce **LOUAZEL (2018)**, une des premières actions de la réflexion stratégique est de définir « *le territoire d'analyse* » qui correspond en l'espèce au bassin d'attractivité et au bassin territorial que peuvent couvrir les établissements de la direction commune.

Dans ces conditions, partir de l'analyse des besoins des usagers, des professionnels et de la population s'avère pertinent. C'est la démarche qui a été suivie sur mon terrain de stage. Ces attentes et besoins ont été remontés à l'aide d'entretiens, de questionnaires, de groupes de travail et s'agissant des besoins de la population à l'aide des schémas de planification de l'offre médico-sociale (Projet Régional de Santé, Schéma Régional de santé, Schéma Départemental de l'Autonomie, Analyse du territoire par l'Observatoire Régional de Santé...).

Cette méthodologie a permis de justifier les grandes orientations du projet d'établissement commun et l'adaptation de l'offre des établissements par rapport à l'évolution des besoins. Elle assoit également le positionnement des établissements sur le territoire. En effet, pour **LOUBAT (2019)**, « *aujourd'hui, la pertinence des structures sanitaires, sociales et médico-sociales va dépendre de plus en plus de leur opportunité, c'est-à-dire de leur capacité à anticiper les besoins évolutifs des populations et à proposer des réponses originales, innovantes, voire inventives, eu égard à un environnement, à un état des équipements et à un certain rapport qualité/coût* ».

Enfin, le diagnostic stratégique est l'occasion de faire travailler les équipes sur les valeurs définissant les établissements et ainsi de dégager des valeurs communes en vue de développer une culture commune et un sentiment d'appartenance à l'échelle de la direction commune.

#### **Préconisations :**

- Réaliser un état des lieux sous forme de diagnostic stratégique en définissant le territoire d'analyse à l'échelle de la direction commune ;
- Partir des attentes et besoins des usagers, des professionnels et de la population pour adapter l'offre des structures à l'échelle territoriale ;
- Faire travailler les équipes autour des valeurs communes partagées par les établissements de la direction commune pour développer une culture commune.

b- L'adaptation d'un management par projets pour mettre en œuvre de manière opérationnelle le projet d'établissement commun

Pour mettre en œuvre un projet d'établissement, il faut articuler les actions exposées et les articuler sous forme de projets. Dans ces conditions, un management par projets doit être instauré.

L'AFNOR (norme X50-115) précise que l'on parle de management par projets lorsque *« des organismes structurent leur organisation et adaptent leurs règles de fonctionnement à partir et autour de projets à réaliser »* (JANCOURT et SIMART 2015). Ce type de management est tout à fait adapté à la démarche suivie dans le cadre du projet d'établissement. En effet, pour JANCOURT et SIMART (2015), *« dans un environnement incertain, contraint et à risques, les organisations doivent adapter leur structure, leur production et leur offre de services. Le management par projets est une réponse organisationnelle qui permet aux structures de s'adapter aux aléas de l'environnement et de se doter d'une vision et d'une visibilité nécessaires à leur pérennité »*.

Le management par projets apparaît particulièrement adapté à l'échelle d'une direction commune en vue de favoriser le déploiement de projets inter-établissements et développer une culture commune. Interrogé sur la mise en œuvre du projet d'établissement commun, le directeur d'un Groupe hospitalier du Sud de la France en direction commune a précisé que : *« l'intérêt de réaliser un projet d'établissement commun se matérialise en pratique pour les professionnels lorsque des projets sont développés entre les établissements de la direction commune et qu'ils voient les opportunités et les marges de manœuvre offertes par cette perspective territoriale »*.

D'un point de vue opérationnel, il apparaît nécessaire de déployer des outils et dispositifs permettant de déployer ce management par projets à l'échelle de la direction commune.

Sur mon lieu de stage, une cellule projet à l'échelle de la direction commune, composée de l'ensemble des chefs de service des deux établissements a été instaurée. Cette cellule accompagne et suit les projets définis prioritairement dans le cadre du projet d'établissement commun (**Annexe n°4**). Lors de l'examen de chaque nouveau projet, formalisé par une fiche-projet (**Annexe n° 3**) et un « *pitch* » de présentation, il est systématiquement demandé si ce projet peut être déployé à l'échelle des deux établissements de la direction commune.

Parmi les projets pouvant être déployés sur l'ensemble des établissements, des dispositifs récents peuvent l'être tout en facilitant la mise en œuvre du management par projets.

Ainsi, les lignes directrices de gestion, instaurées par l'article 30 de Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, peuvent notamment prévoir comme critère de promotion professionnelle, la mise en œuvre de projets à l'échelle de la direction commune.

De plus, conformément au Décret n° 2020-255 du 13 mars 2020 qui prévoit de renforcer la qualité du service rendu et de valoriser l'engagement des équipes dans des projets collectifs, une prime d'intéressement collectif peut désormais être octroyée aux agents de l'établissement.

Enfin, le suivi du projet d'établissement commun peut être facilité en développant des indicateurs de suivi adaptés. Ainsi, pour exemple, pour mesurer l'attractivité des établissements médico-sociaux et les impacts des actions comme l'instauration d'une liste d'attente ou d'une procédure d'admissions communes, il peut être ajouté au traditionnel indicateur du taux d'occupation pour chaque établissement, un indicateur du taux d'occupation de l'ensemble des établissements de la direction commune. Ce suivi pourra ainsi mesurer les effets des synergies créées dans le cadre de la direction commune.

#### **Préconisations :**

- Déployer un management par projets à l'échelle de la direction commune avec notamment l'instauration d'une cellule projet commune ;
- Encourager le management par projets en instaurant des dispositifs récents pouvant favoriser ce type de management (Lignes directrices de gestion, prime d'intéressement,...) ;
- Développer des indicateurs de suivi du projet d'établissement commun à l'échelle de la direction commune.

Il résulte de ce qui précède que si l'élaboration d'un projet d'établissement commun demeure assez classique, de nombreux freins doivent être levés pour le rendre opérationnel. C'est à cette condition que le projet d'établissement commun pourra apparaître comme un outil en vue de faciliter la recomposition de l'offre territoriale et le rapprochement entre les établissements.

## **Partie 2 : LE PROJET D'ETABLISSEMENT COMMUN, UN OUTIL FACILITANT LA RECOMPOSITION DE L'OFFRE TERRITORIALE ET LE RAPPROCHEMENT ENTRE LES ETABLISSEMENTS**

Le projet d'établissement commun peut être un vecteur important dans le cadre de projets de coopération ayant notamment pour objet une recomposition de l'offre (A) ou un rapprochement plus intégratif entre les établissements de la direction commune (B).

### **A- UN PROJET D'ETABLISSEMENT COMMUN S'AVERE PERTINENT DANS UNE DIMENSION TERRITORIALE ET DE RECOMPOSITION DE L'OFFRE EN VUE D'AMELIORER LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS**

#### **1- Le projet d'établissement commun peut faciliter l'instauration d'une stratégie de groupe et permettre à la direction commune de devenir un véritable mode de coopération**

a- Des stratégies complémentaires peuvent être mise en œuvre dans le cadre projet d'établissement commun

Plusieurs stratégies peuvent être développées dans le cadre d'un projet d'établissement. Celles-ci apparaissent exacerbées à l'échelle d'une direction commune et d'un projet d'établissement commun.

Pour **CHESNAIS (Cours EHESP 2021)**, il existe quatre principales stratégies développées par les structures dans le cadre d'un projet d'établissement. Elle précise que ces stratégies s'articulent en réponse soit à des contraintes, soit à des opportunités.

Ainsi, face aux contraintes, les établissements adoptent soit « *une stratégie de repli* », soit une « *stratégie de spécialisation* ». Pour **CHESNAIS**, la stratégie de repli « *consiste à se retirer d'un secteur ou d'une activité. Toutefois, elle n'est pas forcément à considérer comme un échec car elle peut, par exemple, permettre de libérer des ressources pour mieux les investir ailleurs. Une variante de cette stratégie pourra être la dévolution de l'activité à un autre opérateur* ». La stratégie de spécialisation « *consiste à se replier sur les activités dans lesquelles son expertise est reconnue en réduisant, si besoin, le champ de ses compétences et/ou en développant une offre plus spécifiquement adaptée à une certaine frange de la population visée* ».

Face aux opportunités, les établissements adoptent soit « *une stratégie de consolidation* », soit « *une stratégie de développement* ». La stratégie de consolidation « *s'appuie sur les points forts de l'établissement en y consacrant l'ensemble de ses moyens, voire en les augmentant* ».

La stratégie de développement consiste à « *transformer ses points faibles en points forts ou de s'appuyer sur ses points forts afin d'élargir le champ de ses compétences* ».

Ces stratégies peuvent être amplifiées et constituer des opportunités dans le cadre d'un projet d'établissement commun. Sur mon terrain de stage, la réflexion du projet d'établissement à l'échelle de la direction commune a permis de dégager au delà d'une stratégie de « *spécialisation* », une stratégie de complémentarité. En l'espèce, il a été envisagé de réfléchir à la spécialisation d'un site pour les personnes présentant des troubles cognitifs. Cette réflexion a été possible car une alternative à la prise en charge des autres résidents existait sur un autre site de la direction commune.

Le projet d'établissement commun permet donc d'envisager des alternatives et des stratégies complémentaires.

Pour un directeur d'établissements du secteur médico-social : « *le projet d'établissement commun représente une opportunité de présenter sa stratégie car c'est justement l'occasion de discuter des différentes alternatives possibles avec leurs avantages et leurs inconvénients au stade où rien n'est figé* ».

Dans le cadre d'une direction commune, ces différentes stratégies doivent être analysées selon les coopérations instaurées entre les établissements. En effet, comme nous l'avons indiqué, la direction commune est un mode de coopération souple qui peut aller au delà du simple partage d'un ou plusieurs directeurs. La typologie développée par l'**ANAP (2011)**, qui distingue trois grandes catégories : « *coopérations-filières* » ; « *coopérations-efficience* » et « *coopération-isolement* » qui seront exposées ci-après, peut être reprise dans le cadre d'une direction commune à condition qu'elle prévoit une véritable coopération.

#### **Préconisations :**

- Déterminer, sur la base du diagnostic stratégique, les différentes stratégies pouvant être mises en œuvre dans le cadre du projet d'établissement commun et notamment les stratégies de complémentarités entre établissements ;
- Identifier par rapport à chacun des modes de coopération, les projets et les orientations pouvant permettre de mettre en œuvre une stratégie de groupe.

b- Le projet d'établissement commun doit permettre de faire évoluer la direction commune en une véritable coopération

La convention instituant la direction commune doit présenter certains éléments en vue de son adoption. Selon le **Centre National de Gestion (2021)**, elle doit viser les textes et les délibérations l'organisant ; préciser le cas échéant si les équipes sont organisées pour tout ou partie en équipe de direction commune et exposer l'organigramme ; fixer sa date d'effet ; être datée et signée par les chefs des établissements concernés et transmise à l'ARS ou au Préfet de département, accompagnée des délibérations des Conseils de Surveillance ou d'Administration.

La plupart des conventions de directions communes sont organisées sur ce modèle. C'est notamment le cas pour la convention instaurant la direction commune sur mon lieu de stage. Interrogé à ce sujet, un directeur d'une direction commune du secteur médico-social précise que « *la convention de direction commune a été élaborée sur la base d'un modèle que nous a communiqué l'ARS. Depuis son adoption et l'instauration de la direction commune, elle n'a pas été modifiée ou fait l'objet d'un avenant* ».

Dans ces conditions, on peut constater que ces conventions n'ont pas pour objet principal de faciliter la mise en œuvre de coopérations entre les établissements de la direction commune, si bien que la nature de cette convention interroge. S'agit-il réellement d'une convention de coopération ?

En tout état de cause, la mise en œuvre d'un projet d'établissement commun nécessite la réalisation de coopérations entre établissements sous la forme de projets communs. Pour ce faire, il apparaît opportun de formaliser ses modalités de coopération (RH, financiers, systèmes d'information...).

A ce stade, plusieurs alternatives peuvent être envisagées. Soit compléter la convention de direction commune, selon la même procédure, en y ajoutant les modalités de coopération entre les établissements de la direction commune. Soit élaborer une nouvelle convention précisant les modalités de partenariat ou créant une nouvelle entité juridique, à l'instar des groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) ou des groupements de coopération sanitaire (GCS).

Les conventions de coopération sont régies, dans le secteur sanitaire, par l'article L. 6134-1 du CSP et dans le secteur social et médico-social, par l'article L. 312-1 du CASF.

Ce dernier dispose qu' « afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements (...) peuvent : 1° Conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé (...). 2° Créer des groupements d'intérêt économique (GIE) et des groupements d'intérêt public (GIP) et y participer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ; 3° Créer des groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) ». Ce même article, précise que les GCSMS peuvent notamment permettre des interventions communes de professionnels ; exploiter l'autorisation d'activités d'un de ses membres ; être chargé de procéder aux fusions et regroupements ou encore être chargé pour le compte de ses membres des activités de pharmacie à usage unique. La création de cette nouvelle entité juridique renforce ainsi les possibilités de coopérations entre ses membres.

#### **Préconisations :**

- S'assurer, préalablement à l'adoption du projet d'établissement commun, que la convention instituant la direction commune permet le développement de projets communs en vue de renforcer la coopération entre les établissements et à défaut, la modifier ;
- Elaborer si besoin, une nouvelle convention de coopération au sens des articles L. 6134-1 du CSP et L. 312-1 du CASF et réfléchir à l'instauration d'une entité juridique pouvant renforcer cette coopération (GCSMS, GCS...).

## **2- Le projet d'établissement commun peut permettre une recomposition de l'offre dans une dimension territoriale et une recherche d'efficience**

a- La recomposition de l'offre entre les établissements de la direction commune peut être mise en œuvre dans le cadre du projet d'établissement commun

A l'instar des coopérations communément rencontrées, la direction commune, au travers du projet d'établissement commun, peut permettre d'opérer des recompositions et des transformations de l'offre des prestations proposées par les établissements dans une dimension territoriale.

Dans ce cadre, on retrouve deux des trois types de coopérations proposés par l'**ANAP (2011)** qui peuvent être mis en œuvre dans le cadre d'un projet d'établissement commun. D'une part, les « *coopérations-filières* » qui ont pour finalité « *la mise en œuvre d'actions volontaristes visant à développer une politique régionale sur un territoire, dans le cadre de la déclinaison du SROS* » (**ANAP, 2011**).

Le projet d'établissement commun peut ainsi permettre de mettre en œuvre des parcours de prise en charge pour répondre aux différents besoins de la population.

D'autre part, les « *coopérations-isolement* ». Selon l'ANAP, il s'agit de la mise en œuvre de coopérations permettant de faire face à l'isolement géographique d'un ou plusieurs établissements sur leur territoire, situation fréquemment rencontrée notamment dans le secteur médico-social. Dans le cadre d'un projet d'établissement commun, les établissements d'une direction commune pourraient ainsi attirer et stabiliser des professionnels de santé et par exemple mutualiser un médecin coordonnateur.

La dimension territoriale du projet d'établissement commun est renforcée par le fait qu'il ne peut être réalisé indépendamment des documents de planification (Projet Régional de Santé (PRS), Schéma Régional de Santé, Schéma Départemental de l'autonomie....) et de contractualisation (CPOM notamment).

Pour un chef de service de l'ARS, le « *projet d'établissement doit permettre l'application des objectifs du PRS. Il faut considérer qu'il y a une hiérarchie entre le PRS, le CPOM et le projet d'établissement* ». Dans ces conditions, un agent du Conseil Départemental invite les établissements « *à partager le diagnostic établi dans le cadre du PRS pour dégager des actions répondant aux besoins identifiés* ». C'est ce que nous avons fait sur mon terrain de stage en reprenant les besoins de la population identifiés par le PRS de la région PACA. Celui-ci mentionne notamment pour le volet personnes âgées les objectifs suivants : « *renforcer, adapter et sécuriser le maintien à domicile ; améliorer la qualité de vie des résidents et la prise en charge individuelle par le développement de dispositifs innovants, notamment sur Alzheimer et apparenté ou encore favoriser l'ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur (quartier, associations, partenaires...) en développant le réseau de l'établissement* ».

Pour répondre à ces objectifs, une partie du projet d'établissement commun intitulé « *évolution de l'offre* », a émis des propositions répondant aux besoins identifiés de la population.

Ainsi, une réflexion sur la spécialisation d'un site pour les personnes souffrant de maladies dégénératives (maladie d'Alzheimer notamment) a été engagée tout comme le développement de nouvelles prestations comme la possibilité de développer le dispositif EHPAD hors les murs. Ces projets pourront être mis en œuvre sous réserve d'une modification d'autorisation d'activité ou à la suite d'une réponse favorable à un avis d'appel à projets.



### **Préconisations :**

- Considérer le projet d'établissement commun comme faisant partie d'un bloc normatif hiérarchisé composé du PRS-SRS – CPOM – Projet d'établissement ;
- Reprendre et faire sien le diagnostic réalisé dans le cadre du PRS-SRS pour identifier les besoins de la population ;
- Identifier au sein du projet d'établissement commun une partie relative à l'évolution de l'offre pour répondre aux objectifs des documents de planification.

b- Le projet d'établissement commun peut également encourager une recherche d'efficacité entre les établissements de la direction commune

A l'instar des « *coopérations-efficacité* » (**ANAP 2011**), les directions communes peuvent, dans le cadre du projet d'établissement commun, s'engager dans une recherche d'efficacité notamment dans le cadre de la mise en œuvre de mutualisations.

Pour **FOUQUET (2012)**, « *en mutualisant l'ensemble de nos ressources humaines, financières et patrimoniales et à l'aide de nouveaux processus fonctionnels et organisationnels, nous pouvons développer de nouveaux modes d'accompagnement au bénéfice des usagers, sans doute plus performants au regard de l'évolution de notre société. En effet, la recherche de la performance nous renvoie à l'efficacité de nos organisations et de la gestion de l'ensemble de nos ressources. Quand elle n'a pas d'autres objectifs ou résultats annoncés que la satisfaction des besoins et attentes des bénéficiaires, elle n'est guère contestable.* »

Les mutualisations pouvant être réalisées dans le cadre du projet d'établissement commun visent donc, au surplus de la recherche d'efficacité, à assurer une meilleure prise en charge des usagers.

Comme le retient le collectif d'élèves de l'EHESP (**MIP 2019**), « *outre les ressources humaines, la mutualisation peut aussi s'appliquer aux fonctions supports. Certains directeurs ont en effet pour projet (finalisé ou non) de mutualiser la blanchisserie, la fonction restauration, ou encore la paie, occasionnant des gains économiques et temporels* ». Or, la direction commune, qui regroupe plusieurs établissements, facilite ces mutualisations.

Sur mon terrain de stage, des projets ont ainsi pu être envisagés grâce aux possibilités offertes par la direction commune. Pour exemple, le projet d'établissement commun prévoit l'instauration d'un magasin unique pour les trois sites ou encore la réalisation d'un Pôle d'Activités de Soins Adaptés (PASA) qui ne peut être réalisé sur chaque site compte tenu des contraintes architecturales. Ces mutualisations ainsi que celles d'autres fonctions supports (ressources humaines, finances, qualité...) peuvent s'apparenter à celles instaurées dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) qui ont justement pour objet de développer une stratégie de groupe public.

Pour **VERAN, PASCAL, GARCIA et CAPGRAS (2019)**, « *dans le cadre de la mise en place des GHT, la coopération imposée par le législateur vise à amener les établissements à élaborer une stratégie de groupe centrée sur la réponse aux besoins du patient. (...) Dans le cadre des GHT, les attentes et les objectifs attendus en termes de prestations de soins sont clarifiés au travers de l'élaboration d'un projet médical unique intégrant l'identification de parcours patients* ».

Parallèlement, dans le cadre d'une direction commune, la stratégie de groupe et la clarification des attentes et des besoins des usagers peuvent ainsi être réalisées au travers du projet d'établissement commun.

#### **Préconisations :**

- Envisager la direction commune comme une opportunité d'instaurer une stratégie de groupe et le projet d'établissement commun comme un outil en vue de sa réalisation ;
- Envisager des mutualisations à la fois sur des fonctions supports mais également sur d'autres projets d'amélioration de la qualité de prise en charge des usagers.

\*\*\*\*

## **B- LA REALISATION D'UN PROJET D'ETABLISSEMENT COMMUN EN VUE DE PREPARER UN RAPPROCHEMENT ENTRE LES ETABLISSEMENTS DE LA DIRECTION COMMUNE**

### **1- Le projet d'établissement commun peut être un préalable à la mise en œuvre d'un mode de coopération plus intégratif pouvant aboutir à une fusion d'établissements**

a- La direction commune, un mode de gouvernance en transition vers une fusion d'établissements ?

Comme nous l'avons vu précédemment, la réalisation d'un projet d'établissement commun favorise le développement d'une culture commune, la diffusion de bonnes pratiques ou encore l'instauration d'une stratégie de groupe.

Néanmoins, la direction commune peut être un frein pour le développement de projets communs. En effet, la conservation de l'autonomie juridique de chaque établissement complexifie la mise en œuvre de ces initiatives. Chaque projet important pourrait se heurter aux réticences des parties prenantes et des instances de chaque établissement. De même, les éventuelles mises à disposition de personnels, nécessaires dans le cadre de ces projets communs, sont soumis à l'accord préalable de chaque agent.

La direction commune doit donc évoluer pour mettre en œuvre de manière effective le projet d'établissement commun. Interrogé à ce sujet, un directeur d'une direction commune dans le secteur médico-social considère que « *la direction commune n'est qu'un mode de gouvernance de transition* ». En effet, une direction commune sur deux aboutie à terme à une fusion (**Source WEKA 2021**). Pour certains représentants du personnel, la direction commune s'apparente à une « *fusion déguisée* ».

Les entretiens que j'ai menés auprès des différentes parties prenantes ont permis, de manière empirique, de distinguer schématiquement les opposants et les défenseurs de la direction commune comme mode de gouvernance pérenne.

Les directeurs et les autorités de tutelle semblent être clairement favorables à l'évolution de la direction commune en fusion d'établissements pour notamment faciliter la de gestion des établissements et réduire le nombre d'interlocuteurs.

Les représentants des élus et du personnel sont plus mitigés sur la fusion d'établissements. Et pour cause, la fusion des instances des établissements réduit fortement leur influence. En outre, les professionnels ont un a priori plutôt négatif de la fusion le plus souvent car ils craignent qu'elle se fera à l'avantage d'un des établissements.

Paradoxalement, sur mon terrain de stage, la direction commune est envisagée comme un mode de gouvernance pérenne. En effet, celle-ci existe depuis 1997. Pour sa directrice, la « *direction commune préserve les équilibres (politique, sociaux) et les spécificités de chaque site, même si elle présente des difficultés de gestion évidentes* ». Interrogée sur le devenir de cette direction commune, elle expose qu' « *on se dirige plus vers une extension de la direction commune avec le secteur sanitaire que vers une fusion d'établissements* ». La fusion n'est donc pas immuable et la direction commune peut devenir un mode de gouvernance pérenne.

Si on ne peut pas prédire l'avenir d'une direction commune, il apparaît néanmoins certain qu'une démarche de coopération entre les établissements qui la compose s'avère pertinente en vue d'améliorer les conditions de prise en charge des usagers et l'efficacité des établissements. Assurer la gestion d'une direction commune sans envisager des coopérations entre ses membres serait un non sens par rapport au processus de regroupement déjà largement mis en œuvre dans le secteur sanitaire et médico-social.

Dans ces conditions, que la direction commune soit pérenne ou évolue vers un mode de coopération plus intégratif pouvant aller jusqu'à la fusion, il apparaît pertinent de réaliser un projet d'établissement commun pour mener des projets de coopération.

#### **Préconisations :**

- Envisager la direction commune comme un mode de coopération pour réaliser des projets communs ;
- Réaliser un projet d'établissement commun quelque soit le devenir de la direction commune.

#### **b- Des expériences réussies de fusions à la suite d'une direction commune**

A l'instar des autres modes de coopérations, la réussite des projets de fusion d'établissements est souvent conditionnée à une préparation pertinente bien en amont.

Comme l'énonce un chef de service de l'ARS, « *si la fusion peut se décréter et être imposée par les tutelles, il convient de la préparer le plus tôt possible pour qu'elle soit acceptée par les professionnels* ». Pour l'**IGAS (2012)** « *certaines facteurs compromettent dès l'origine les rapprochements : temps de trajet trop important, bassins de vie trop différents, difficultés financières partagées entre les différentes structures, absence de*

*complémentarité dans leurs activités, grande taille ou taille équivalente des établissements ».*

Dans ces conditions et préalablement au projet de fusion, un diagnostic, qui s'apparente au diagnostic stratégique du projet d'établissement commun, doit être réalisé sur les éventuels facteurs de difficultés.

Plus encore, **l'ANAP (2011)** énonce que la coopération repose sur trois paradigmes « *l'intérêt commun des parties, qui coopèrent entre elles ; la notion d'équité ; l'absence de recherche d'un profit* ». Ces éléments pourront apparaître explicitement dans le projet d'établissement commun. En effet, des orientations partagées et des objectifs communs pourront justifier de l'intérêt commun des parties à réaliser cette fusion.

**MONIER (2009)** expose le processus qui a permis de fusionner deux hôpitaux du Sud de la France. Il précise que cette fusion qui a été « *l'aboutissement d'une coopération en gestion intégrée* » a été permise par « *la mise en place d'un projet d'établissement commun qui constitue un prérequis indispensable à la réussite de cette démarche* ». Il poursuit en exposant que la nouvelle politique stratégique des établissements portée par le projet d'établissement commun repose sur deux volets, le volet social et le volet médical. Ce dernier peut être envisagé pour le secteur médico-social comme le projet de vie au sens large incluant le projet de soins et le projet d'accompagnement personnalisé.

Dans ces conditions, le projet d'établissement commun reprend l'architecture classique du projet d'établissement en exposant un projet social et un projet médical communs.

Par ailleurs, j'ai pu interroger un ancien directeur de l'est de la France dont les établissements sanitaires et médico-sociaux ont fusionné en 2020 après l'instauration d'une direction commune en janvier 2019. Celui-ci expose que la direction commune a été instaurée « *dans une logique de mutualisation des politiques de gestion des établissements en premier lieu, et afin de partager le projet médical dans un second temps* ». En l'espèce, la fusion s'est réalisée rapidement après l'instauration de la direction commune (1 an).

Dans ces conditions, il n'a pas été possible d'élaborer et de formaliser un projet d'établissement commun. C'est pourquoi, les membres de la direction commune ont inclus dans la convention constitutive les grandes orientations et les projets communs qui auraient pu constituer la trame d'un projet d'établissement commun.

Pour exemple, cette convention avait comme objectifs : « *le maintien d'un accueil des urgences ouvert 24 heures sur 24, l'élaboration d'un projet territorial des urgences, de compléter l'offre en soins de suite et de réadaptation et en soins de longue durée, ou encore la définition d'un projet d'organisation générale de la direction commune qui précisera, entre autres, l'implantation des activités entre chaque site, et la prise en compte de la dimension sociale, humaine et géographique concernant la gestion des affectations des personnels, sans mobilité géographique forcée pour les personnels* ».

La réalisation d'un projet d'établissement commun ou à tout le moins, la définition d'orientations communes à l'échelle de la direction commune, apparaissent donc comme un facteur clé de réussite en vue de préparer une fusion.

### **Préconisations :**

- Identifier au sein du projet d'établissement commun un projet de vie (pour le secteur médico-social ou un projet médical pour le secteur sanitaire) développant des objectifs communs et justifiant la plus value d'une fusion dans le cadre de la prise en charge des usagers ;
- Identifier au sein du projet d'établissement commun un projet social développant des objectifs communs en vue de l'amélioration des conditions de travail et justifiant la fusion ;
- A défaut de pouvoir réaliser un projet d'établissement commun préalablement à la fusion, inscrire les grandes orientations et les objectifs communs entre les établissements au sein de la convention de direction commune.

## **2- Un mode de coopération plus intégratif n'est pas une fin en soi, l'important étant la mise en œuvre effective du projet d'établissement commun**

a- Un mode de coopération plus intégratif telle qu'une fusion ne signifie pas automatiquement des gains d'efficience et des économies d'échelle

Bien que la fusion d'établissements puisse apparaître comme une évolution naturelle de la direction commune, elle n'est pas synonyme automatiquement de performance accrue.

Pour **LAUDE ET LOUAZEL (2013)**, la fusion apparaît même comme « *la manifestation d'une nouvelle mode managériale à laquelle les organisations de santé sont régulièrement soumises et qui se transforme en injonction réglementaire* ».

Ils précisent que « *certes les travaux en organisation industrielle et en théorie de la firme ont depuis longtemps indiqué que le regroupement d'activités au sein d'une même entité pouvait donner lieu à la fois à des économies d'échelle et à des économies de gammes (...) mais la question de la taille optimale de la firme dans le secteur marchand, comme des établissements dans le secteur de la santé, reste posée* ».

**L'IGAS** partage ce même constat. Dans son rapport de 2012, relatif aux fusions et regroupements hospitaliers, elle souligne que « *les observations réalisées ne permettent pas d'identifier un effet taille positif évident et au contraire montrent que souvent les fusions sont sources de surcoûts et de dysfonctionnements* ». Ce même rapport dresse un bilan « *mitigé de ces fusions et regroupements réalisés au cours des 15 dernières années* ». Celui-ci expose les nombreux freins au développement de ces dispositifs et notamment « *la lenteur des processus et l'absence de résultats probants sur le plan économique et financier* ». Il conclut en interrogeant sur « *l'intérêt à promouvoir ce type d'opérations au vue des difficultés qu'elles soulèvent et des risques qu'elles présentent* ».

Dans ces conditions, il convient de bien choisir le curseur d'intégration dans le cadre de la coopération des établissements. En tout état de cause, il résulte de ce qui précède que la recherche d'une taille critique optimale ne saurait constituer l'argument unique justifiant la fusion. La fusion doit donc, à l'instar des fusions réussies précédemment abordées, être envisagée par le truchement de projets communs structurants entre les membres de la direction commune. Ensuite, les modalités nécessaires en vue de réaliser ces projets conditionneront le bon degré d'intégration et de coopération.

L'évolution de la direction commune en fusion d'établissements n'est donc pas forcément pertinente et des modes de coopération moins intégratifs (convention, GIP, GCS, GCSMS...) peuvent apparaître plus appropriés. En effet, pour **LOUAZEL (2018)**, « *les politiques publiques privilégient aujourd'hui, au moins à court et moyen terme, les stratégies de coopération entre établissements de santé, car elles peuvent générer les mêmes effets d'économie d'échelle et de variété, sans présenter tous les inconvénients et dysfonctionnements de processus plus intégrés* ». Les coopérations choisies doivent à la fois s'adapter aux projets communs à mettre en œuvre et à la réalité de chaque établissement (contexte, climat social, politique, financier...).

#### **Préconisations :**

- Envisager la fusion comme un moyen de faciliter les projets entre les sites et non pas comme le moyen d'atteindre une taille critique qui n'est pas forcément synonyme de gains d'efficience et d'économies d'échelle.

b) En définitive, le suivi et l'évaluation du projet d'établissement commun dans le cadre d'une démarche qualité et d'un contrôle de gestion sont plus importants que le mode de coopération choisi

La réalisation d'un projet d'établissement commun, ou à tout le moins la définition d'orientations communes structurantes, apparaît comme un préalable indispensable à la mise en œuvre de coopérations que ce soit sous la forme d'une direction commune ou dans un projet de fusion.

Mais, c'est au stade de la mise en œuvre que les gains espérés en termes d'efficience et d'amélioration des conditions de prise en charge des usagers et des conditions de travail peuvent être mesurés.

Or, en pratique, les projets d'établissements communs, à l'instar des autres modes de coopération, ne sont pas toujours suivis et évalués.

Interrogé sur le suivi du projet d'établissement et le parallèle qui peut être fait avec la mise en œuvre des coopérations un directeur du secteur médico-social énonce qu'il est *« relativement aisé de signer des conventions de coopération tout comme de mobiliser les professionnels sur le temps de l'élaboration du projet d'établissement. La véritable difficulté réside dans la gestion de leur mise en œuvre et la mesure de leurs effets. C'est là une des limites des coopérations et des outils de la Loi 2002-2. Les tutelles nous fixent souvent comme objectif la réalisation du projet d'établissement ou le développement des coopérations. Ce n'est pas la formalisation des documents qui est difficile c'est leur réalisation »*.

S'il est vrai que la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale avait institué l'obligation de réaliser une évaluation interne, des évaluations régulières des effets des projets doivent donc être réalisées dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'établissement commun.

Dans ces conditions, l'instauration d'une démarche qualité et d'un contrôle de gestion s'avèrent nécessaires en vue de la mise en œuvre du projet d'établissement commun.

Selon la **HAS (2021)**, la qualité désigne un ensemble de méthodes, d'outils et d'actions qui permettent d'optimiser et de fiabiliser des activités et des organisations. La démarche qualité a pour objet à la fois d'améliorer la qualité du service rendu auprès des usagers, de prévenir les risques professionnels et d'améliorer les conditions de travail.



Cette démarche fait donc le lien entre toutes les parties du projet d'établissement commun en permettant de mesurer si les objectifs fixés ont bien été réalisés et en mettant en œuvre le cas échéant, des actions correctives.

Sur mon terrain de stage, une partie spécifique du projet d'établissement commun a été dédiée à la démarche qualité et gestion des risques. Elle prévoit notamment la réalisation de tableaux de bord qualité en vue de suivre les indicateurs émis dans le cadre du plan d'actions du projet d'établissement ou encore de mettre en œuvre une revue de direction annuelle (remontée des données, analyse, plan d'actions et objectifs pour l'année suivante).

Ces modalités de suivi et la constitution de tableaux de bord peuvent également être initiées dans le cadre d'un contrôle de gestion en vue de mesurer notamment les gains d'efficience prévus dans le cadre de mutualisations à l'échelle de la direction commune. En effet, le contrôle de gestion est « *un système de pilotage mis en œuvre par un responsable dans son champ d'attribution en vue d'améliorer le rapport entre les moyens engagés - y compris les ressources humaines - et soit l'activité développée, soit les résultats obtenus dans le cadre déterminé par une démarche stratégique préalable ayant fixé des orientations* » **(Ministère de l'action et des comptes publics, 2021)**.

Enfin, la communication des résultats collectés dans le cadre de la démarche qualité et du contrôle de gestion est un levier important en vue d'objectiver les impacts des projets communs. Elle permet de mobiliser les professionnels et de donner du sens aux coopérations instaurées.

#### **Préconisations :**

- Prévoir, dès l'élaboration du projet d'établissement commun, ses modalités de suivi et d'évaluation ;
- Instaurer une démarche qualité dans le cadre du projet d'établissement commun ;
- Mesurer les gains d'efficience espérés dans le cadre des projets communs et de mutualisations en instaurant un contrôle de gestion.

\*\*\*\*

## Conclusion

La réalisation d'un projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune est donc bien juridiquement envisageable et apparaît comme une opportunité pour les établissements qui la compose.

Celui-ci peut être un vecteur important en vue d'accroître la performance des établissements, de recomposer l'offre territoriale ou encore de préparer un rapprochement entre établissements.

La nature plastique du projet d'établissement commun, résultant des normes et référentiels, laisse une grande marge de liberté aux établissements qui peuvent faire preuve de créativité et d'innovation dans sa conception. Cette plasticité permet d'adapter le projet d'établissement commun au caractère hétérogène des directions communes et des projets devant être mis en œuvre.

Néanmoins, cette liberté et cette grande marge de manœuvre ne devront pas faire oublier au directeur que les contextes culturels, politiques, sociaux et territoriaux de chaque établissement de la direction commune complexifient la réalisation d'un projet d'établissement commun et peuvent entraîner un phénomène important de résistance au changement.

C'est pourquoi, un management par projets incluant une cellule de pilotage à l'échelle de la direction commune et un diagnostic stratégique territorial semblent être des facteurs clés de réussite de ces projets.

Le développement de directions communes et des modes de coopération devraient permettre d'amplifier la réalisation de projets d'établissements communs. Il est vrai qu'aujourd'hui l'élaboration d'un projet d'établissement commun est peu usitée.

Ces projets pourraient progressivement s'imposer comme des préalables indispensables aux coopérations notamment dans le secteur médico-social. En effet, pour le secteur sanitaire, le projet médico-soignant partagé et les fonctions mutualisées dans le cadre des GHT peuvent être assimilés à un projet d'établissement commun.

Le projet d'établissement commun est donc plus amené à se développer dans le secteur médico-social. En effet, comme nous l'avons vu ce secteur est en pleine évolution culturelle avec l'avènement progressive d'une recherche d'efficience.

L'évolution des besoins des usagers et le souhait d'offrir des prestations individualisées nécessitent de faire évoluer les prestations et les modes de fonctionnement. La notion de projet tend désormais à se démocratiser car elle répond à cet objectif d'évolution des structures et d'anticipation.

L'adaptabilité et la réactivité des établissements apparaissent désormais comme des facteurs clés de réussite. Le projet d'établissement est donc passé d'un outil de lutte contre la maltraitance à un outil de planification au service de la performance et de l'efficacité des établissements qui doivent réaliser une prestation de qualité dans un contexte de ressources contraintes. Des projets communs privilégiant l'innovation et l'expérimentation pourront donc être développés en ce sens.

Les directeurs d'établissements sont donc amenés à concevoir le projet d'établissement commun comme un document stratégique qui accompagne la mise en œuvre et le développement de la direction commune vers une véritable coopération.

Ainsi, le rôle du directeur apparaît déterminant. Il ne doit pas simplement assurer la gestion d'établissements de manière séparée mais il doit avoir une vision d'ensemble multifactorielle. Cette vision peut être facilitée par la réalisation d'un diagnostic stratégique à l'échelle de la direction commune.

Le directeur doit également permettre de faire émerger des valeurs et une identité communes à l'échelle de la direction commune.

Dans ces conditions, le projet d'établissement commun pourrait être pertinent dans une dimension territoriale et de recomposition de l'offre pour améliorer la qualité de prise en charge des usagers. En effet, ce projet permet d'instaurer une stratégie de groupe.

A l'instar des autres modes de coopération, la direction commune pourra permettre de conduire des projets communs, des mutualisations, la constitution de filières de prise en charge dans une recherche d'efficacité.

La réalisation d'un projet d'établissement commun peut également être l'occasion de préparer un rapprochement entre les établissements de la direction commune. Ce projet peut ainsi être élaboré préalablement à un mode de coopération plus intégratif (GCSMS par exemple) pouvant aller jusqu'à une fusion d'établissements.

Dans ce cadre, il aura pour objet de poser les bases de cette coopération et des projets communs justifiant l'opportunité de renforcer cette collaboration. Néanmoins, si l'instauration de modes de coopération plus intégratifs peuvent permettre des gains d'efficacité et des économies d'échelle, ces derniers ne sont pas automatiques et encore moins si les projets communs n'ont pas été préparés bien en amont.

C'est pourquoi, l'évaluation du projet d'établissement commun dans le cadre d'une démarche qualité et d'un contrôle de gestion apparaît essentielle et doit être envisagée dès le stade d'élaboration du projet.

Néanmoins, à l'instar des autres modes de coopération, le projet d'établissement commun n'est qu'un outil de planification qui permet de formaliser des projets communs et qui nécessite pour sa mise en œuvre une politique volontariste.

En effet, sans la volonté des parties prenantes (professionnels, usagers, élus...), beaucoup de projets et belles intentions resteront sans effet.

Le projet d'établissement commun demande donc un effort de pédagogie et de communication supplémentaire mais a l'avantage, s'il devient opérationnel, de mettre en œuvre de véritables projets qui sont la preuve d'une coopération effective.

---

## Bibliographie

---

### CODES :

- Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)
- Code de la Santé Publique (CSP)

### OUVRAGES :

- **BEZES, Philippe (2007)**. « Construire des bureaucraties wébériennes à l'ère du New Public Management ? », *Critique internationale*, vol. 35, no. 2, 2007, pp. 9-29
- **DEMOUSTIER, S. & PRIOU, J. (2013)**. Les lois de 2002 et la participation des usagers dix ans après. *Contraste*, 37, p. 73-92
- **JANCOURT, D. & SIMART, M. (2015)**. Le management par projets: Un défi pour les établissements de santé. Dans : Béatrice Fermon éd., *Performance et innovation dans les établissements de santé* (pp. 167-184). Paris: Dunod.
- **LAFORCADE (2011)**. « Quel devenir pour le secteur à but non lucratif ? » in F. Batifoulier (dir.), *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Dunod.
- **LOUAZEL M., (ED. 2018)**. *Le management en santé: Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 73-95). Rennes, France: Presses de l'EHESP.
- **LOUBAT, JEAN-RENE (2019)**. *Élaborer un projet d'établissement ou de structure en action sociale et médico-sociale*. Dunod.
- **PASSICOUSSET J. (2016)**. LA DIRECTION : AVENTURE COLLECTIVE ET SOUCI DE SOI, in Hervé Henry, *La fabrique du changement au quotidien* Presses de l'EHESP | « Terrains Santé Social » 2016 | pages 209 à 223
- **PIERRU, F. (2012)**. Le mandarin, le gestionnaire et le consultant: Le tournant néolibéral de la politique hospitalière. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 194, 32-51

- **VERAN, L., PASCAL, C., GARCIA, E. & CAPGRAS, J. (2019)**. Chapitre 3. Les fonctions supports de gestion à l'épreuve des méta-organisations de soins : la pensée groupe, facilitateur de la mise en place des « directions performance » au sein des GHT. Dans : Omar Bentahar éd., *Supply Chain Management de la santé* (pp. 60-76). Caen, France: EMS Editions.

- **WEIL T. (2008)**. « Stratégie d'entreprise », Presses des Mines.

### **RAPPORTS, RECOMMANDATIONS, GUIDES**

- **Recommandations de l'ANESM (2009)**. Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service.

- **Guide méthodologique des coopérations territoriales (2011)**, ANAP et DGOS.

- **Rapport IGAS (2012)**, Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?, BOCQUET P-Y, BONNET J-L, Dr LALANDE, SCOTTON C.

### **MEMOIRES ET TRAVAUX DES ELEVES DE L' EHESP**

- **Collectif d'élèves de l'EHESP dans le cadre du MIP 2019**, études exploratoire de l'expérience de directions multi-sites en établissements médico-sociaux : regards de directeurs sur leur prise de poste, animé par Christelle ROUTELOUS, enseignante à l'EHESP.

- **MONIER M. (2009)**. « La direction commune, une étape vers la fusion ? Le cas des hôpitaux de Carpentras et de Sault. » Mémoire EHESP.

- **NGOMBI M. (2009)**. « De l'opportunité d'impulser une dynamique de projet en EHPAD : L'expérience de l'élaboration du projet d'établissement de la résidence « Madeleine Verdier » à Montrouge. Mémoire EHESP.

### **REVUES**

- **CORON G. (2017)**, « Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique : l'exemple du secteur médico-social », *La Revue de l'IREs*, 2017/1-2, (n° 91-92), pp. 213-235

- **FOUQUET J. (2012)**, participation à l'article de J.-L. Deshaies et M. Darand, « La performance dans les ESMS » in *Les Cahiers de l'Actif*.

- **GRENIER, C. & GUITTON-PHILIPPE, S. (2014).** « La question des regroupements / mutualisations dans le champ sanitaire et social : l'institutionnalisation d'un mouvement stratégique ? », *Management & Avenir*, 47(7), 98-113.
- **LAUDE, L. & LOUAZEL, M. (2013).** Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31, 93-106.
- **SOPARNOT, R. (2013).** Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus. *Recherches en Sciences de Gestion*, 97, 23-43.

## **SITES INTERNET**

**Assemblée Nationale :** <https://www.assemblee-nationale.fr/11/projets/pl2559.asp> : consulté le 05 juillet 2021

### **Agence Nationale d'Appui à la Performance :**

<https://ressources.anap.fr/transports/publication/1014-ameliorer-la-gestion-des-transports-sanitaires-en-etablissement-de-sante/1718-concevoir-le-dispositif-de-pilotage-et-piloter-en-mode-projet>, consulté le 10 juillet 2021

### **Centre National de Gestion :**

[https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Jennifer%20Piwowski/Fiche%20de%20procedure\\_Direction%20commune.pdf](https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Jennifer%20Piwowski/Fiche%20de%20procedure_Direction%20commune.pdf), consulté le 18 juillet 2021

- **Centre National de Ressources Textuelles :** <https://www.cnrtl.fr/etymologie/projet>, consulté le 10 juillet 2021

### **-Haute Autorité de Santé :**

[https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/demarche\\_qualite\\_2006\\_10\\_06\\_\\_10\\_16\\_43\\_41.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06__10_16_43_41.pdf), consulté le 12 juillet 2021

- **Ministère de l'action et des comptes publics :** <https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/performance-gestion-publiques/controle-gestion/essentiel/s-informer/missions-activites-controle-gestion#.YQ6Pc9MzZZo>, consulté le 2 août 2021

- **WEKA :** [www.weka.fr/action-sociale/](http://www.weka.fr/action-sociale/), consulté le 5 mai 2021

---

## **Liste des annexes**

---

**I- Guide d'entretien**

**II- Retranscription d'un entretien avec un représentant du personnel**

**III- Fiche projet**

**IV- Logigramme relatif à la mise en œuvre des projets et de la cellule projet**



## **I- GUIDE D'ENTRETIEN**

### **THEME 1 : SUR LA NATURE DU PROJET D'ETABLISSEMENT**

La nature du projet d'établissement permet-elle aux directeurs d'établissement de réaliser du « sur-mesure » et de s'adapter aux besoins de l'établissement ? Les directeurs sont-ils suffisamment libres dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement ou existe – t-il des contraintes particulières ?

Cette nature justifie-t-elle la possibilité de réaliser un projet d'établissement à l'échelle d'une direction commune ?

### **THEME 2 : INTERETS / AVANTAGES DE REALISER UN PROJET D'ETABLISSEMENT**

Quels sont selon vous, les intérêts / avantages, de réaliser un projet d'établissement au-delà du simple respect des dispositions légales ?

Quels sont selon vous, les intérêts / avantages, de réaliser un projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune ?

### **THEME 3 : LA PREPARATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT**

Quels sont les préalables indispensables à la réalisation d'un projet d'établissement ?

Quels sont les préalables indispensables à la réalisation d'un projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune ?

### **THEME 4 : LES ECUEILS ET LES FREINS A LEVER**

Quels sont les écueils et les freins à lever dans le cadre de la réalisation et de la mise en œuvre d'un projet d'établissement ?

Quels sont les écueils et les freins à lever dans le cadre de la réalisation et de la mise en œuvre d'un projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune ?

### **THEME 5 : LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT**

Comment faire en sorte de rendre opérationnel le projet d'établissement ?

Comment faire en sorte de rendre opérationnel un projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune ?

## II- RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN AVEC UN REPRESENTANT DU PERSONNEL

**Mme X, responsable qualité et représentant du personnel au sein d'une direction commune d'EHPAD**

### **THEME 1 : SUR LA NATURE DU PROJET D'ETABLISSEMENT**

**La nature du projet d'établissement permet-elle aux directeurs d'établissement de réaliser du « *sur-mesure* » et de s'adapter aux besoins de l'établissement ?**

Oui, je pense.

La définition du Projet d'établissement dans le Code (CASF) est suffisamment large pour y inclure à peu près ce que l'on veut. Si un directeur souhaitait inscrire comme objectif de réaliser chaque semaine une exposition culturelle, il pourrait le faire.

Le Projet d'établissement peut être une simple réponse à une obligation légale, une vitrine de promotion de l'établissement ou encore un document en vue de rassurer les autorités de tutelle.

**Comment le projet d'établissement commun réalisé à l'échelle de la direction commune s'est-il adapté aux besoins de l'établissement ?**

Les organisations et les protocoles de nos établissements ne sont pas encore clairement définis.

Cela se ressent dans le projet d'établissement établi qui a une orientation très opérationnelle et peut-être moins prospective.

La réflexion sur les projets structurants comme la spécialisation d'un des sites pour la prise en charge de résidents souffrant de troubles cognitifs a été lancée mais n'a pas abouti. L'objectif du projet d'établissement est donc de poursuivre cette réflexion sans proposer une solution définitive. En revanche, des objectifs sont clairement opérationnels et très « terre à terre » comme établir les fiches de poste et les fiches de tâches.

**Les directeurs sont-ils suffisamment libres dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement ou existe-t-il des contraintes particulières ?**

Les directeurs sont très libres dans le cadre de cette démarche. Dans l'absolu, ils pourraient même rédiger le projet d'établissement seul dans leur coin. Après, pour que le projet mobilise les équipes, une concertation est nécessaire.

Les contraintes en vue de la réalisation du projet d'établissement sont plutôt extérieures.

Tout d'abord, il est difficile d'envisager des projets sans parler du financement. On nous parle souvent des budgets contraints mais on parle très peu du financement des projets dans le cadre de l'élaboration de ce document.

Ensuite, nos actions sont très encadrées par un ensemble de normes (HACCP, RABC, droit du travail...). Donc la marge d'appréciation est plus limitée. Beaucoup de projets sont plus subis que librement choisis. Par exemple, la réglementation nous impose de réaliser des projets d'accompagnement personnalisé. C'est une bonne chose et l'établissement doit l'intégrer dans le cadre de la prise en charge.

Enfin, pour l'évolution de nos prestations et de l'offre proposée à la population, on est très dépendant des appels à projets et des objectifs du projet régional de santé. C'est la condition pour obtenir des financements. Par exemple, on a discuté dans le cadre du projet d'établissement du dispositif d'EHPAD hors les murs mais si on est pas retenu dans le cadre d'un appel à projet on ne pourra pas le mettre en œuvre.

**Cette nature justifie-t-elle la possibilité de réaliser un projet d'établissement à l'échelle d'une direction commune ?**

Oui, la nature très flexible du projet d'établissement permet de l'adapter à l'échelle d'une direction commune.

Dans notre cas, initialement on pensait réaliser deux projets d'établissement distincts pour chaque établissement. Mais, en s'apercevant que les objectifs étaient quasiment identiques entre les établissements, il a été décidé de réaliser un projet d'établissement commun.

**THEME 2 : INTERETS / AVANTAGES DE REALISER UN PROJET D'ETABLISSEMENT**

**Quels sont selon vous, les intérêts / avantages, de réaliser un projet d'établissement au-delà du simple respect des dispositions légales ?**

Le projet d'établissement est un outil de management. Cela nécessite un engagement de la direction en ce sens. Si cet outil est bien mis en œuvre, il permet de mobiliser les équipes et de donner du sens au travail de chacun.

Je pense que la démarche d'élaboration et de suivi du projet d'établissement doit créer une dynamique positive en vue d'améliorer les conditions de prise en charge des résidents et les conditions de travail.

**Quels sont selon vous, les intérêts / avantages, de réaliser un projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune ?**

En plus de ce qui a été dit précédemment, un projet d'établissement commun peut permettre de renforcer une culture commune entre les établissements. Pour nos établissements en direction commune, cette culture commune existe déjà du fait que la direction et certains agents interviennent sur les 3 sites.

Cette culture commune peut permettre d'envisager des projets communs, de standardiser les pratiques, de faciliter la mobilité inter-sites des personnels. Aujourd'hui, certains agents et notamment des IDE font des remplacements sur plusieurs établissements. Mais, cela pose des difficultés notamment en termes de pratiques professionnelles et d'horaires qui sont différents.

Le projet d'établissement commun pourrait renforcer l'idée qu'on est un groupe. On pourrait avoir une procédure d'admission commune aux 3 sites pour orienter les résidents au lieu de les mettre sur liste d'attente. Si on identifie des sites spécialisés dans un type de prise en charge (grande dépendance, troubles cognitifs) cela permettrait à la population de mieux nous connaître et nous identifier.

Cette réflexion commune à l'échelle des 3 sites pourra susciter des mutualisations. On a en projet la création d'un magasin commun à tous les sites ou d'une lingerie commune.

### **THEME 3 : LA PREPARATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT**

#### **Quels sont les préalables indispensables à la réalisation du projet d'établissement ?**

Je pense que le prérequis indispensable est d'avoir des organisations bien établies et de la stabilité. C'est un peu comme la pyramide de Maslow, avant d'être épanoui il faut que les besoins primaires soient remplis. C'est très difficile de se projeter quand on est dans une situation dégradée avec un climat social tendu.

Il faut y aller par étapes. C'est comme si l'objectif du projet d'établissement était de courir un marathon. D'abord on fait de la marche rapide, on fait attention à son alimentation...

Comme certains des objectifs peuvent apparaître très ambitieux, il faut que la direction soit crédible dans le cadre de la gestion de projets, que des projets de plus faibles importances aient déjà abouti.

#### **Quels sont les préalables indispensables à la réalisation du projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune ?**

Il faut s'assurer de sa faisabilité et je pense que cela passe par la réalisation d'un état des lieux des établissements et de leur environnement.

Si les établissements ont des caractéristiques assez proches il sera plus facile de définir des objectifs communs.

Il faut aussi s'assurer que les attentes et les besoins des agents, des résidents et des familles sont à peu près similaires entre les sites.

Une fois que cet état des lieux est réalisé on peut concevoir un tronc commun et des parties plus spécifiques à chaque site pour le projet d'établissement commun.

#### **THEME 4 : LES ECUEILS ET LES FREINS A LEVER**

##### **Quels sont les écueils et les freins à lever dans le cadre de la réalisation et de la mise en œuvre d'un Projet d'établissement ?**

C'est difficile de changer les habitudes. Il faut faire un effort de pédagogie pour expliquer en quoi le changement est nécessaire.

Il y a beaucoup de résistance au changement et c'est normal quand les gens n'ont pas clairement compris les raisons de ce changement.

Ce qui est difficile avec cette dynamique de changement entraînée par le projet d'établissement est que cela sous-entend qu'aujourd'hui on ne fait pas de la qualité. C'est remettre en cause des pratiques établies depuis très longtemps.

Un autre écueil serait de fixer des objectifs irréalistes ou non définis de manière opérationnelle. Le précédent projet d'établissement était très ambitieux et aussi très long ce qui n'a pas permis aux agents de se l'approprier.

Il faut que régulièrement on se pose la question du suivi du projet et que lorsqu'un enjeu apparaît on est le réflexe d'aller voir si ce sujet a été traité par le projet d'établissement.

##### **Quels sont les écueils et les freins à lever dans le cadre de la réalisation et de la mise en œuvre d'un Projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune ?**

Au surplus des écueils déjà évoqués, il est nécessaire dans le cadre d'un projet d'établissement commun de prendre en compte l'histoire et l'historique de l'établissement.

Il faut examiner la possibilité d'étendre les projets à l'échelle de chaque site sans penser que ce déploiement peut être automatique. En effet, les valeurs et les spécificités de chaque établissement doivent être prise en compte.

Il faut aussi être transparent sur l'objectif de ce projet d'établissement commun. En effet, certains agents ont pu penser que la réalisation de ce projet commun était le préalable nécessaire à la fusion des établissements.

#### **THEME 5 : LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT**

##### **Comment faire en sorte de rendre opérationnel le projet d'établissement ?**

Je pense que comme pour la démarche qualité, il faut mettre en œuvre et suivre des indicateurs, réaliser un tableau de bord, réaliser une revue annuelle des actions mises en œuvre.

On peut se servir de logiciels qualité comme AGGEVAL pour suivre les plans d'actions et les calendriers.

L'établissement a instauré une cellule projet composée principalement de la direction et des chefs de service qui a notamment pour objet de définir les priorités et d'accompagner et de suivre les projets.

Il est aussi nécessaire d'associer les personnels dans le cadre de la mise en œuvre des solutions. Il faut se servir de l'expertise terrain.

Enfin, on a bénéficié d'une formation sur la conduite de projet et l'accompagnement au changement.

### **Comment faire en sorte de rendre opérationnel un projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune ?**

Les mêmes outils peuvent être utilisés. L'avantage pour nous est que dans la composition de la cellule projet il y a des agents qui travaillent sur les 3 sites. Cela facilite la mise en œuvre des projets à l'échelle de la direction commune.

Il est aussi nécessaire lors du cadrage du projet de toujours envisager si le projet peut être déployé à l'échelle de la direction commune. Pour ce faire, on a ajouté cet item sur notre modèle de fiche projet.

L'expérimentation sur la base du volontariat peut également être un bon moyen de mettre en œuvre le projet d'établissement. On peut expérimenter une pratique sur un site et la généraliser si elle est pertinente.

### III- FICHE PROJET

**PROPOSITION DE FICHE PROJET : .....**

Auteur de la fiche :

Partie du projet d'établissement concernée :

Orientation concernée :

<b>Constats :</b> 	<ul style="list-style-type: none"><li>▪</li><li>▪</li><li>▪</li></ul>
--	---

<b>Objectifs :</b> 	<ul style="list-style-type: none"><li>▪</li><li>▪</li><li>▪</li></ul>
---	---

<b>Points de vigilance :</b> 	<ul style="list-style-type: none"><li>▪</li><li>▪</li><li>▪</li></ul>
---	---

 <b>alternatives possibles</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪</li><li>▪</li><li>▪</li></ul>
--	---


 <b>Solutions retenues</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪</li><li>▪</li><li>▪</li></ul>
--	---


	<b>Budget estimatif du projet :</b>
---	-------------------------------------


--	--

	<b>Durée estimative du projet :</b>
---	-------------------------------------

	<b>Indicateurs de suivi</b>	<b>Actuellement</b>	<b>Objectifs cibles</b>

<b>Participants :</b>  <b>Groupe de travail</b>	XXXX, fonction, <b>(Pilote)</b> XXXX, fonction, <b>(co-pilote)</b>		
--	---	--	--

<b>Instances :</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conseil d'administration ? (délibération, information)</li> <li>▪ CTE/CHSCT ?</li> <li>▪ CVS ?</li> </ul>
---	--

 <b><u>PLAN D' ACTIONS :</u></b>	<b><u>ACTEURS:</u></b>	<b><u>CALENDRIER</u></b> (au plus tard)
1.		<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>



4.		<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>

#### IV- Logigramme relatif à la mise en œuvre des projets et de la cellule projet

QUI	COMMENT	SUPPORT ET PRECISION
<p><b>Agent</b> quel qu'il soit propose un PROJET Sous forme d'idée au chef de service</p> <p>Membres : <b>chefs de service</b> <b>Direction</b></p> <p><b>Agent</b> accompagné par <b>chef de service</b></p> <p><b>Chef de service</b></p>	<pre> graph TD     A[PROJET "projet idée"] --&gt; B["Réunion Encadrement mensuelle Ordre du jour "projet /"]     B --&gt; C{ }     C --&gt; D(Revoir / Approfondir / Reporter)     C --&gt; E(Rejeté : Raison)     D -.-&gt; A     D -.-&gt; F[REDACTION du PROJET de manière formalisée - fiche projet]     F --&gt; G["Cellule Projet PRESENTATION du PROJET"]     G --&gt; H{ }     H --&gt; I(Revoir / Approfondir / Reporter)     H --&gt; J(Rejeté : Raison)     I -.-&gt; G     I --&gt; K[ACCOMPAGNEMENT - FAISABILITE Moyens : humains,]     K --&gt; L[VALIDATION DIRECTION]     L --&gt; M["Cellule Projet RETOUR SUIVI ou ECHEANCE REGULIERE"]     M --&gt; N["BILAN : Valorisation Indicateurs - évaluation"]     </pre>	<p>Présentation succincte du projet / idée</p> <p><b>0F80 020 : Cellule projet – fiche projet</b> Communication à la Direction</p> <p>Fiche « Pitch » Projet Opportunité de déploiement sur les 3 sites</p> <p>Outils, plannings, décomposition des actions, pré requis ...</p> <p>Indicateurs de suivi Communication aux instances Communication netsoins</p> <p>Communication netsoins Communication externe familles</p>

SPATAFORA	David	Décembre 2021
<b>Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social</b> Promotion 2020-2021		
<b>La réalisation et la mise en œuvre d'un projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>La réalisation d'un projet d'établissement commun à l'échelle d'une direction commune est juridiquement envisageable et apparaît comme une opportunité pour les établissements qui la compose. Celui-ci peut être un vecteur important en vue d'accroître la performance des établissements, de recomposer l'offre territoriale ou encore de préparer un rapprochement entre établissements. En effet, il permet aux structures d'anticiper l'évolution des besoins des usagers et d'adapter l'offre en conséquence.</p> <p>Néanmoins, les contextes culturels, politiques, sociaux et territoriaux de chaque établissement de la direction commune complexifient la réalisation d'un projet d'établissement commun et peuvent entraîner un phénomène important de résistance au changement. La méthodologie désormais classique de réalisation du projet d'établissement doit donc être adaptée à l'échelle d'une direction commune tout comme les modalités d'évaluation et de suivi du projet d'établissement commun.</p> <p>Le développement de directions communes et de modes de coopération devraient permettre d'amplifier la réalisation de projets d'établissements communs. Il est vrai qu'aujourd'hui l'élaboration d'un projet d'établissement commun est peu usitée. Ces projets pourraient progressivement s'imposer comme des préalables indispensables à l'institution de modes de coopération plus intégratifs ou de projets de fusion notamment dans le secteur médico-social.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Projet d'établissement commun – projet d'établissement - direction commune – coopération – conduite de projets – management par projets – fusion d'établissements.</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		