



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2019-2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

**Mise en place d'une direction
commune : quels effets sur les prises
en charge ? L'exemple réussi de la
direction commune du GHT NOVO**

Faustin CHABAGNO

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent à toute l'équipe du Groupement hospitalier de territoire du Nord-Ouest Vexin Val d'Oise (GHT NOVO) qui m'a accompagné tout au long de mon stage et jusqu'au mémoire. Un remerciement particulier à Monsieur Alexandre AUBERT, chef d'établissement, pour son accueil et à Madame Floriane RIVIERE, adjointe au Directeur et maître de stage bienveillante, pour ses conseils. Merci à Monsieur Mathieu REBAUDIÈRES, directeur de la performance, pour tous les échanges informels, ainsi qu'aux nombreux collègues et médecins ayant accepté de s'entretenir avec moi.

Un grand merci également à Monsieur Hubert JASPARD, directeur général adjoint chez Hospi Grand Ouest, pour sa supervision de mémoire et ses conseils avisés.

Merci à toutes les personnes ayant accepté de participer aux entretiens. Merci notamment à Monsieur Alain MEUNIER, inspecteur général des affaires sociales, à Madame Clémence MAINPIN, chef de projet ministériel GHT, à Madame Joséphine DELVAL-LESEUR, secrétaire générale aux CH de Versailles, Plaisir, Le Vésinet et à Monsieur Bruno KERHUEL, directeur adjoint clientèle/performance au CH d'Argenteuil, pour ne citer qu'eux.

Je tiens à remercier également Monsieur Richard ROUXEL et l'équipe de l'EHESP pour leurs conseils en début de mémoire, ainsi que ma famille pour son soutien et son aide précieuse.

Se référer à l'annexe n°1 pour voir la liste des 21 personnes interrogées dans le cadre du mémoire.

Sommaire

Introduction	5
1. Pour produire des effets bénéfiques sur les prises en charge, les directions communes doivent respecter certains critères techniques et humains. La direction commune du GHT NOVO remplit bon nombre de ces conditions et contribue, de facto, à améliorer la qualité des soins.	10
1.1. En l'absence de prédispositions à la mise en place d'une direction commune et d'une conduite méthodique du changement, ce mode de gouvernance peut s'avérer inopérant	10
1.1.1. La réussite d'une direction commune dépend de facteurs techniques tels que l'éloignement géographique des sites, leur nombre, la manière dont ils sont reliés, leur poids respectif et leur offre de soins	10
1.1.2. Outre ces données techniques sur lesquelles il n'est pas possible d'agir, la réussite de la mise en place d'une direction commune requiert de conduire ce changement de façon méthodique	13
1.1.3. Si ces critères et conditions ne sont pas respectés, la mise en place d'une direction commune peut s'avérer inefficace, voire contre-productive.	19
1.1.4. Le GHT NOVO remplit bon nombre de ces conditions, ce qui a facilité la mise en place de la direction commune à partir de 2015 et génère des effets bénéfiques sur les prises en charge.....	20
1.2. Le GHT NOVO remplit l'essentiel des prérequis de ce mode de gestion qui génère, par conséquent, des effets notables pour les prises en charges et présente de nombreux avantages	23
1.2.1. La direction commune facilite la mise en place de réorganisations territoriales et la création de filières de soins inter-établissements	23
1.2.2. Si la direction commune contribue à accroître l'attractivité médicale et le maintien de spécialistes sur le territoire, ses effets sur la prise en charge paramédicales sont plus mitigés	25
1.2.3. Si la direction commune renforce la qualité des soins et facilite l'adoption de normes communes, la culture qualité demeure en grande partie locale	27
1.2.4. La direction commune permet de spécialiser des agents et de mettre l'expertise au service de l'ensemble des sites, ainsi que d'améliorer les équipements matériels et immatériels au-delà du cadre réglementaire prévu par les GHT	30
1.2.5. La crise sanitaire a pour résultat de renforcer l'ensemble des effets positifs sur les prises en charges liées à la direction commune et d'en générer de nouveaux .	32

2. Pour autant, la mise en place d'une direction commune requiert une vigilance particulière tant au regard des risques de dissolution de l'identité commune que de la complexité propre aux grandes organisations. Plusieurs pistes peuvent être esquissées, pour accroître les effets positifs des directions communes sur les prises en charge.....	38
2.1. Les directions communes doivent veiller à préserver et reconstruire régulièrement plusieurs équilibres	38
2.1.1. Equilibre entre la convergence vers une identité commune et un maintien d'un attachement à une structure à taille humaine.....	38
2.1.2. Equilibre entre une harmonisation progressive des procédures et organisations et un maintien de spécificités locales, au moins à court terme	39
2.1.3. Equilibre entre la gestion des grandes et des petites problématiques et entre la macro et la micro-gestion	41
2.2. Si plusieurs pistes avaient, en première analyse, retenu mon attention, d'autres recommandations pour accroître les effets positifs des directions communes sur les prises en charge peuvent être esquissées.....	43
2.2.1. Plusieurs pistes semblaient, en début d'analyse, pertinentes, mais ne méritent pas d'être retenues.....	43
La gouvernance et l'organisation administrative du GHT NOVO peuvent être perfectionnées et ainsi accroître leur efficacité et effets bénéfiques sur les prises en charges.....	47
2.2.2. Continuer de renforcer le sentiment d'appartenance et la logique de groupe.....	53
2.2.3. Accroître les coopérations inter-établissements	54
2.2.4. Aller vers une fusion des établissements du GHT NOVO.....	55
Conclusion	57
Bibliographie.....	59
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

APHP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARS : Agences régionales de santé
CH : Centre hospitalier
CHRD : Centre hospitalier René Dubos de Pontoise
CHT : Communauté hospitalière de territoire
CHU : Centre hospitalier universitaire
CNG : Centre National de Gestion
COCOR : Comité de coordination
CODIR : Comité de direction
CSIMRT : Commission de Soins infirmiers Rééducation et Médico-Technique
CSP : Code de santé publique
DAM : Direction des affaires médicales
DGARS : directeur général de l'ARS
DMS : Durée moyenne de séjour
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG : Evénements indésirables graves
EPI : Equipements de protection individuelle
EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EPSM : Etablissement public de santé mentale
FPH : Fonction publique hospitalière
GED : Gestion documentaire
GHCPO : Groupe hospitalier de Carnelle-Portes-de-l'Oise
GHIV : Groupement hospitalier intercommunal du Vexin
GHT NOVO : Groupement hospitalier de territoire du Nord-Ouest Vexin Val d'Oise
HAS : Haute Autorité de la Santé
HPST : loi Hôpital, patients, santé, territoires
IBODE : Infirmier de bloc opératoire
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
MAS : Maison d'accueil spécialisée
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés
PCME : Président de la Commission médicale d'établissement
PFR : Prime de fonctions et de résultats
PMP : Projets médicaux partagés

QVT : Qualité de vie au travail
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SAU : Service d'accueil des urgences
SDSI : Schéma directeur des systèmes d'information
SI : Systèmes d'information
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SSR : Soins de suite et de réadaptation
USLD : Unité de soins de longue durée

Méthodologie

Afin d'examiner les effets de la mise en place d'une direction commune sur les prises en charge, la direction commune du Groupement hospitalier de territoire du Nord-Ouest Vexin Val d'Oise (GHT NOVO), dans laquelle s'est déroulé mon stage long, est comparée à d'autres modes d'organisation des hôpitaux (GHT non dotés de direction commune, GHT dont la direction commune est composée différemment, établissements fusionnés, entre autres).

Deux ressorts ont motivé mon choix d'orienter ce mémoire sur les effets des directions communes sur les prises en charge. D'un part, ce choix s'explique par le fait que **la notion de direction commune a été peu analysée dans la littérature** contrairement aux notions de fusion et de GHT. D'autre part, le **GHT NOVO est une figure intéressante et peu courante** de direction commune dans la mesure où le périmètre du GHT et de la direction commune se recoupent et où la direction est unique.

Mon analyse se concentre sur les effets des directions communes sur les prises en charge. Un autre angle d'analyse aurait pu consister à étudier les effets sur les dépenses hospitalières en considérant que la bonne gestion financière contribue, de façon plus indirecte, à dégager des marges de manœuvre financières permettant d'investir dans les prises en charge (personnels, équipements bio-médicaux, entre autres).

Le mémoire a été élaboré à l'aide d'**entretiens semi-directifs** réalisés au sein du GHT NOVO et auprès de directeurs d'hôpitaux environnants, ainsi que d'agents du Ministère des Solidarités et de la Santé et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Il s'appuie également sur les constats et observations faites au cours de mes huit mois de stage au GHT NOVO. Il s'agit donc pour l'essentiel d'une **analyse qualitative et empirique**. Plusieurs séries de corrélations sont analysées sans, néanmoins, conclure formellement à des causalités.

Ainsi, l'objet du mémoire est de souligner des dynamiques à l'œuvre et d'analyser un cas précis de direction commune tout en le mettant en perspective avec d'autres hôpitaux et situations. Il pourrait, peut-être, donner des pistes de mise en œuvre aux quelques 400 établissements de santé ne disposant pas de direction commune ou même des pistes d'amélioration à ceux en disposant. En outre, il esquisse des recommandations pour le GHT NOVO.

Introduction

D'après les informations disponibles, la première direction commune en France date de 2003. Elle avait été établie entre l'hôpital d'Argenteuil et l'hôpital de Taverny (département du Val d'Oise). Le directeur d'Argenteuil dirigeait les deux structures. En pratique, un adjoint au directeur se chargeait par délégation du site de Taverny. Pour autant, juridiquement il n'y avait d'un seul et unique directeur. Ce système avait permis de confier statutairement à un directeur d'hôpital la gestion des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) de Taverny. D'autres directions communes se sont ensuite développées avec la mise en place d'éléments d'encadrement juridique (focus ci-dessous). En 2017, 523 des 913 établissements publics de santé étaient en direction commune d'après le Ministère de la Santé (+ 42% par rapport à 2014)¹.

Focus sur le cadre juridique des directions communes :

Article 4 du décret n°2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière :

Sur délibération identique des conseils d'administration ou de surveillance de plusieurs des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, ceux-ci peuvent être gérés, dans le cadre d'une convention établie à cet effet, par une direction commune.

Il peut, en outre, être créé dans les mêmes conditions une équipe de direction, pour partie ou dans son intégralité, commune aux établissements concernés.

La convention de direction commune peut être dénoncée par délibération du conseil d'administration ou de surveillance de l'un des établissements composant cette direction commune.

¹RAPPORT AU PARLEMENT SUR LES RECOMPOSITIONS HOSPITALIERES 2017, Direction générale de l'Offre de soins
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_sur_les_recompositions_de_l_offre_hospitaliere_-_edition_2017.pdf

Pour rappel, les modalités de vote au sein des conseils de surveillance sont définies dans le Code de santé publique (CSP)² :

CSP Art. R. 6143-10 : le conseil ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins des membres assiste à la séance. Toutefois, quand, après une convocation régulière, ce quorum n'est pas atteint, la délibération prise à l'occasion d'une seconde réunion (qui doit avoir lieu dans un délai compris entre 3 et 8 jours) est réputé valable quel que soit, le nombre des présents. Dans ce cas, le conseil peut décider en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une séance ultérieure.

CSP Art. R. 6143-10 : Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande. En cas de partage égale des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du président est prépondérante. Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

Par conséquent, les établissements dotés d'une direction commune conservent : leur personnalité juridique, leur propre budget, leurs instances et une partie de leurs règles propres.

Seuls les membres de l'équipe direction sont communs aux établissements. Les autres professionnels restent affectés à leur établissement bien qu'ils puissent parfois exercer des fonctions sur plusieurs établissements.

Plusieurs raisons motivent l'établissement de directions communes. D'abord, les directions communes permettent de **faciliter la gouvernance des établissements de santé**. En effet, un seul directeur est responsable de plusieurs établissements, ce qui fluidifie le processus décisionnel. Ensuite, ce mode d'organisation permet de **développer une offre de soins davantage intégrée** entre les différents établissements et de favoriser une prise en charge graduée. Enfin, les directions communes permettent de **mutualiser certaines ressources administratives** et ainsi d'accroître le niveau d'expertise des agents.

Toutefois, si ces objectifs sont partagés, **la direction commune**, entendue comme un mode de gouvernance et d'administration simultané de plusieurs hôpitaux, recouvre **une réalité diverse**.

Il existe des degrés d'intégration croissants dans les formes prises par les directions communes.

² Se référer au Guide du Ministère de la Santé sur les Conseils de surveillance : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_conseil_de_surveillance-4.pdf

D'abord, la direction commune peut être **uniquement assurée par un directeur général commun** à plusieurs établissements de santé. Dans cette hypothèse, le directeur dirige au minimum deux hôpitaux dont les équipes de direction restent locales.

Par ailleurs, la direction commune peut avoir **certains directeurs communs** tandis que d'autres directeurs conservent un caractère local. Des directions telles que celles des systèmes d'information ou des affaires médicales sont parmi les premières à être mises en commun. Ces directeurs, voire leurs équipes, fusionnent au sein d'une direction fonctionnelle au périmètre plus large.

Enfin, **tous les directeurs peuvent être en commun**. Leur champ de compétence est multi-établissements. Dans cette dernière configuration, qui est celle du Groupement hospitalier de territoire du Nord-Ouest Vexin Val d'Oise (GHT NOVO), l'équipe de direction est unique. En l'espèce, elle se charge de l'ensemble des établissements qui sont au nombre de trois :

- Le **Centre hospitalier René Dubos (CHRD)** à Pontoise dans lequel se situe l'ensemble des directeurs et dont le poids relatif au sein du GHT est prédominant (budget de 305 millions d'euros, soit 2/3 du GHT). Sur un terrain de 44 hectares se structurent différentes prises en charge : la médecine avec toutes les disciplines représentées, la chirurgie à l'exception de chirurgie cardiaque et de la neuro-chirurgie, l'obstétrique avec une maternité de niveau III de près de 5 000 accouchements, un centre psychiatrique et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le site accueille également le siège du SAMU du Val d'Oise et deux instituts de formation des soignants
- Le **Groupe hospitalier de Carnelle-Portes-de-l'Oise (GHCP0)**, budget de 115 millions d'euros, est composé de deux sites : celui de Beaumont-sur-Oise (médecine, chirurgie ambulatoire, obstétrique, un EHPAD, une maison d'accueil spécialisée (MAS) et un centre psychiatrique) et celui de Saint-Martin-du-Tertre (Carnelle) avec des services de soins de suite et de réadaptation (SSR), ainsi qu'une unité de soins de longue durée (USLD).
- Le **Groupement hospitalier intercommunal du Vexin (GHIV)**, budget de 50 millions d'euros, réparti en trois sites : Magny-en-Vexin (médecine, soins palliatifs, service d'accueil des urgences, un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), un EHPAD, une MAS et un accueil de jour thérapeutique), Aincourt (du SSR spécialisé et une MAS) et Marines avec SSR gériatrique, une USLD, un EHPAD et un Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)
- Ensemble, **le GHT NOVO comprend 6 900 agents et 2 450 lits et places pour un bassin de population de 320 000 habitants et un budget total de 470 millions d'euros.**

Pour autant, **contrairement au GHT NOVO, le champ de la direction commune ne recouvre pas toujours le périmètre du GHT**. Une direction commune peut être mise en place pour une seule partie des établissements d'un GHT, les autres gardant une équipe de direction propre. Les notions de **direction commune et de GHT ne se confondent pas**. La première désigne un mode d'organisation de l'équipe de direction et d'administration des hôpitaux alors que la seconde renvoie à l'organisation visant à mutualiser certaines fonctions supports et à organiser l'offre de soins à l'échelle d'un territoire.

En outre, les **directions communes sont antérieures à la création des GHT** en 2016 ou même des Communautés hospitalières de territoire (CHT) en 2009. Ainsi, à titre d'illustration, le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand avait, dès 2008, mis en place une direction commune avec quatre établissements environnants.

Enfin, contrairement aux GHT dont le caractère est obligatoire, **la mise en place d'une direction commune est facultative**.

Si une direction commune présente un degré d'intégration supérieur à celui du GHT, **elle n'équivaut pas pour autant à une fusion des établissements**. La fusion revient à assembler juridiquement plusieurs établissements qui deviennent un. La direction commune, quant à elle, conserve l'existence juridique des différents établissements qui la compose. Ainsi, chaque hôpital garde ses instances et budgets propres. La fusion se distingue également de la direction commune par le fait que tous les personnels sont mutés vers une entité unique alors que dans le cas d'une direction commune les effets sur les personnels – hors directeurs et leurs collaborateurs – sont faibles.

La mise en place des directions communes, tout comme celle des GHT et des fusions, est délicate. Elle dépend de l'engagement des femmes et d'hommes capables de créer les conditions favorables de la mise en place et un climat de coopération et de confiance. Elle repose en particulier sur la volonté des directeurs en place, de la communauté médicale et des acteurs locaux, en lien avec les Agences régionales de santé (ARS), ainsi que sur des données contextuelles telles que la répartition géographique des sites, de leur nombre et leur offre de soins.

En effet, au-delà d'un nombre important de sites ou en cas de leur éloignement géographique, la mise en place d'une direction en commun peut s'avérer inefficace, voire contre-productive du point de vue de ses effets sur les prises en charge. Les risques principaux seraient de diriger de nombreuses structures sans parvenir à fédérer les médecins et les équipes, sans maintenir un lien avec le terrain ou encore sans parvenir à établir une identité commune à même de susciter l'engagement des acteurs. Les élus locaux pourraient s'opposer fermement à ce mode de gouvernance, ce qui ternirait la

réputation de l'établissement et contribuerait, à moyen terme, à dégrader les prises en charge. De même, les blocages humains et les rivalités tendent à se répercuter sur les prises en charge.

Néanmoins, mes observations empiriques en tant qu'élève-directeur au sein du GHT NOVO semblent indiquer l'effet contraire. La direction commune **facilite les réorganisations de l'offre de soins, les coopérations médicales et les mutualisations d'équipements matériels et immatériels**, aussi bien en période de crise sanitaire qu'en temps ordinaire. Elle est davantage un **facteur bénéfique du point de vue de la prise en charge** qu'une source de complexification.

Si, au regard de l'expérience du GHT NOVO, les prises en charge, comprises comme les soins médicaux, paramédicaux, sanitaires ou médico-sociaux, somatiques ou psychologiques, semblent être améliorées par l'existence d'une direction commune, capable de catalyser les projets médicaux et paramédicaux et de fluidifier l'administration, il convient d'examiner cette question.

Dès lors, dans quelle mesure la mise en place d'une direction commune génère-t-elle des effets bénéfiques pour les prises en charge ?

1. Pour produire des effets bénéfiques sur les prises en charge, les directions communes doivent respecter certains critères techniques et humains. La direction commune du GHT NOVO remplit bon nombre de ces conditions et contribue, *de facto*, à améliorer la qualité des soins.

1.1. En l'absence de prédispositions à la mise en place d'une direction commune et d'une conduite méthodique du changement, ce mode de gouvernance peut s'avérer inopérant

1.1.1. La réussite d'une direction commune dépend de facteurs techniques tels que l'éloignement géographique des sites, leur nombre, la manière dont ils sont reliés, leur poids respectif et leur offre de soins

Le bon fonctionnement d'une direction commune et sa capacité à produire des effets bénéfiques sur les prises en charge dépendent des caractéristiques techniques propres aux établissements pouvant être amenés à être dirigés conjointement.

Il convient d'analyser les différents critères à prendre en compte en vue de mettre en place une direction commune fonctionnelle, c'est-à-dire capable d'améliorer les prises en charge.

PREMIER CRITÈRE : ELOIGNEMENT GÉOGRAPHIQUE ET TEMPS DE TRAJET ENTRE LES SITES

Il est nécessaire de **distinguer l'éloignement géographique du temps de trajet permettant de relier ces sites**. Deux établissements de santé peuvent être éloignés de 50 kilomètres, mais reliés par autoroute en une demi-heure, alors que, par exemple, dans d'autres zones plus denses le temps de déplacement peut s'avérer élevé pour de courtes distances.

Il est donc adéquat de veiller à ce que les établissements faisant partie des directions communes soient aisément reliés entre eux. En effet, des temps de trajet courts présentent plusieurs avantages du point de vue d'une direction commune. D'une part, il est probable que les établissements coopèrent déjà de façon spontanée, ce qui peut faciliter la mise en place de la direction commune et la création d'une logique de coopération. D'autre part, la

proximité géographique permet aux directeurs de se rendre régulièrement sur l'ensemble des sites et ainsi d'harmoniser les modes de gestion et les procédures.

DEUXIÈME CRITÈRE : LE NOMBRE DE SITES

Si l'éloignement des établissements les uns par rapport aux autres est un critère important, leur nombre l'est également. En effet, l'établissement d'une gouvernance à plusieurs peut s'avérer complexe. Les difficultés ont tendance à croître avec le nombre d'établissements. Une mesure de simplification consiste à limiter le nombre d'établissements dirigés dans le cadre d'une même direction commune. Au-delà de cinq établissements, la gouvernance commune peut être complexe. Il ne s'agit pas pour autant d'un critère rédhibitoire.

Plus le nombre d'établissement est important, plus il est difficile de faire émerger une identité et un projet commun. Afin de pallier cette difficulté, plusieurs solutions sont possibles.

Une première solution consiste à **intégrer, dans un premier temps, seulement certains établissements** d'un GHT à la direction commune. Dans un deuxième temps et une fois la première direction commune stabilisée, il est envisageable d'étendre son périmètre à d'autres établissements. A titre d'illustration, le GHT Brocéliande Atlantique, mis en place au 1^{er} juillet 2016, regroupe les 5 établissements de la direction commune (Vannes/Auray, Ploërmel, Josselin, Belle-Île-en-Mer et Malestroit) et l'Etablissement public de santé mentale (EPSM) Morbihan et le CH de Nivillac. La direction commune entre Vannes/Auray, Ploërmel, Josselin et Belle-Île-en-Mer a été mise en place en juin 2017. En avril 2018, le CH de Malestroit a rejoint la direction commune³. A terme et en suivant cette logique intégrative, le CH de Nivillac pourrait rejoindre la direction commune.

Une seconde solution consiste en cas de GHT avec de nombreux établissements à **mettre en place plusieurs directions communes**. A titre d'exemple, le GHT de la Loire est composé de 19 établissements. La mise en place d'une direction commune à l'échelle des 19 établissements semble complexe. Pour autant, une direction commune a été mise en place entre le CHU de Saint-Etienne et le CH de Roanne⁴. De même, le CH d'Ardèche Nord

³GHT Brocéliande Atlantique
<http://www.ch-bretagne-atlantique.fr/actualites-23/mise-en-oeuvre-de-la-direction-commune-259.html?cHash=235a0d881f8c73353954062da86480a5>

⁴ GHT de la Loire
<http://www.ghlloire.fr/>

(Annonay) et le CH de Serrières⁵, qui font aussi partie du GHT, sont également en direction commune⁶.

TROISIÈME CRITÈRE : LA CAPACITÉ A FAIRE ÉMERGER UNE GOUVERNANCE

L'impulsion de mettre en place une direction commune peut naître d'un établissement dont le poids au sein du GHT ou au sein des établissements environnants est important et qui, par conséquent, dispose d'une capacité d'entraînement quasi-naturelle. Par ailleurs, si l'impulsion vient de l'ARS, il est aisé de déterminer l'établissement dans lequel siègeront principalement les membres de la direction commune.

En l'absence de position prépondérante d'un établissement par rapport aux autres, il peut s'avérer plus complexe de mettre en place une direction commune. Ceci est particulièrement vérifiable lorsque deux établissements disposent d'un budget et d'une offre de soins comparables. A titre d'illustration, le CH d'Argenteuil et le CH d'Eaubonne, qui appartiennent au GHT Sud Val d'Oise – Nord Hauts-de-Seine, ne font pas partie d'une direction commune. En effet, les deux établissements sont comparables d'un point de vue quantitatif. Se référer au tableau comparatif ci-dessous :

Tableau comparatif des CH d'Argenteuil et d'Eaubonne sous un angle quantitatif

Données	CH d'Argenteuil ⁷	CH d'Eaubonne ⁸
Offre de soins	MCO ⁹	MCO
Budget annuel	230 M €	200 M €
Nombre de personnels <i>dont personnel médical</i>	2 300 450	2 650 450
Nombre annuel d'accouchements	3 100	3 000

⁵ CH d'Ardèche-Nord <https://ch-ardeche-nord.fr/ch-hors-les-murs/>

⁶ Pour information, la direction commune du CH d'Annonay inclut, en plus de CH de Serrières, le CH de Tournon-sur-Rhône qui appartient pourtant à un autre GHT, à savoir le GHT Rhône Vercors Vivarais

⁷ <https://www.ch-argenteuil.fr/hopital/les-chiffres-de-lactivite/>

⁸ <https://www.hopital-simoneveil.fr/centre-hospitalier-simone-veil/chiffres-cles/>

⁹ Médecine, chirurgie, obstétrique

Ces similitudes tant du point de vue de l'offre de soins que du budget rendent plus difficiles la mise en place d'une direction commune aux deux établissements. Cette possibilité a néanmoins été envisagée en 2016. Suite au départ du directeur du CH d'Eaubonne, le directeur du CH d'Argenteuil en a assuré l'intérim. Pour autant, en raison de l'opposition des élus locaux et de la communauté médicale, l'option de la direction commune a été écartée. A ce jour, les deux établissements disposent de directions propres, à l'exception des fonctions mises en commun dans le cadre des GHT, à savoir les achats et les systèmes d'information.

QUATRIÈME CRITÈRE : L'OPPORTUNITÉ DU POINT DE VUE DE L'OFFRE DE SOINS

Ce critère est en lien avec le troisième critère dans la mesure où **peut émerger de façon quasi-naturelle**, non pas une gouvernance, mais **une offre de soins territoriale**. Ainsi, des établissements situés à proximité dont l'offre de soins est complémentaire, par exemple MCO et SSR ou Médecine gériatrique et EHPAD ou encore MCO et psychiatrie, peuvent avoir intérêt à travailler de façon plus rapprochée dans le cadre d'une direction commune. En effet, **ces complémentarités permettent de créer des parcours de soins**. A titre illustratif, une réanimation ne disposant pas de structure d'aval peut bénéficier d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) situé sur un autre site.

1.1.2. Outre ces données techniques sur lesquelles il n'est pas possible d'agir, la réussite de la mise en place d'une direction commune requiert de conduire ce changement de façon méthodique

En plus de données techniques, la mise en place d'une direction commune dépend de facteurs humains. Si les conditions humaines ne sont pas réunies, la mise en place est compromise.

Il est nécessaire que **trois éléments** soient, *a minima*, réunis.

D'un part, il est nécessaire **que les directeurs des différents établissements dont la direction est amenée à devenir commune parviennent à s'entendre. L'absence d'accord entre directeurs semble être le principal frein à la mise en place des directions communes et des transformations de l'offre de soins**. Les présidents des CME représentent rarement le principal frein eu égard au fait que la fonction de PCME n'est

pas particulièrement attractive¹⁰. Ainsi, les directeurs d'hôpital peuvent être encore plus réticents que le personnel de santé, car ces changements d'organisation ont des conséquences directes sur leurs prérogatives et sur leur rémunération.

En pratique, **l'accord entre directeurs est souvent difficile à réunir** puisque la mise en place d'un directeur unique, voire d'une direction unique implique que certains directeurs perdront la direction d'une chefferie d'établissement et, par conséquence, les avantages pouvant y être associés. A titre d'exemple, un directeur d'établissement peut être sur un emploi fonctionnel de groupe 3, ce qui induit des responsabilités et une rémunération plus importantes. Il peut perdre ces avantages s'il n'est pas reconduit sur un emploi fonctionnel, bien que cela puisse être le cas par exemple s'il devient le directeur de la direction commune ou s'il devient « *Adjoint au directeur d'un ou plusieurs établissements publics de santé dont le budget est égal ou supérieur à 250 millions d'euros* » (Décret n° 2020-959 du 31 juillet 2020)¹¹.

D'autre part, il est essentiel **que les communautés hospitalières et en particulier médicale soutiennent le projet de direction commune**. Dans le cas contraire, leur capacité à faire pression auprès des ARS, des Ministères, de la préfecture et du personnel politique peut conduire à l'échec du projet.

Enfin, il est important de **disposer du soutien des élus locaux** afin qu'il valide, d'une part, la convention de mise en place d'une direction commune au sein des conseils de surveillance et que, d'autre part, il ne devienne pas un pouvoir de nuisance capable de fédérer des personnes, y compris des agents, contre ce projet. Il est également préférable que les **organisations syndicales** saisissent les enjeux de la direction commune.

En l'absence du respect de ces trois conditions, la mise en place d'une direction commune est difficile. Pour autant, ces **conditions sont nécessaires mais pas suffisantes**. D'autres conditions doivent également être remplies.

Dans son célèbre ouvrage *Conduire le changement* (1996)¹², le professeur des universités américain John Kotter recommande de respecter **huit étapes pour réussir la conduite du changement**.

¹⁰ Thierry GODEAU, président de la Conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissements (CME) des Centres hospitaliers, illustrant que la fonction de PCME n'attire guère

Ladepeche (2018, 29 mars). Hopitaux : le management médical « en danger », selon des représentants médicaux. ladepeche.fr. <https://www.ladepeche.fr/article/2018/03/29/2769620-hopitaux-le-management-medical-en-danger-selon-des-representants-medicaux.html>

¹¹ Décret n° 2020-959 du 31 juillet 2020 relatif aux emplois supérieurs de la fonction publique hospitalière

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000042185337&categorieLien=id>

¹² Kotter, J. (2015). *Conduire le changement : Feuille de route en 8 étapes* (VILLAGE MONDIAL) (French Edition). Pearson.

Graphique représentant les huit étapes du changement de Kotter¹³



Il convient d'illustrer ces étapes une par une en les adaptant au cas d'une mise en place de de direction commune.

1. Créer l'urgence ou avoir un élément déclencheur

Il peut y avoir plusieurs éléments déclencheurs donnant l'occasion de mettre en place une direction commune tels que le départ d'un directeur d'établissement, l'arrivée d'un nouveau directeur jouissant de soutiens importants, un contexte politique favorable suite aux renouvellements des conseils de surveillance ou encore une crise sanitaire donnant l'occasion de décroisonner les organisations et traçant la voie à suivre.

2. Créer une coalition puissante

Une fois l'urgence créée ou l'élément déclencheur apparu, il convient d'identifier les personnes ressources pouvant faire avancer le projet. En interne, il est nécessaire de mobiliser les directeurs, la communauté médicale, l'encadrement,

¹³ Mettez en oeuvre les 8 étapes du changement de Kotter. (2020). Manager GO ! <https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/8-etapes-du-changement-de-kotter.htm>

voire les usagers au travers des comités des usagers. En externe et comme évoqué ci-dessus, les élus et plus largement les citoyens doivent être impliqués et informés. De façon opérationnelle, un comité de pilotage peut être mis en place et les premières décisions prises dans ce cadre.

3. Créer une vision de l'état futur

Réfléchir, en lien avec la direction de la communication ou du cabinet, à l'organisation future et aux avantages qu'elle représentera.

Travailler sur des éléments de langage à communiquer largement.

S'appuyer également sur les valeurs qui sous-tendent la mise en place de la direction commune, à l'instar de la qualité du service rendu ou de l'optimisation des parcours de soins.

4. Communiquer la vision de façon orientée vers l'action.

Une fois la vision du futur définie, il convient d'en faire la pédagogie et de la répéter régulièrement comme à l'occasion des réunions institutionnelles et des instances. Les directeurs doivent se faire les porte-paroles de cette transformation pour expliquer son bien-fondé et préparer l'ensemble des professionnels aux projets pouvant en découler.

5. Inciter à l'action et abaisser les obstacles

Inciter les directeurs de l'ensemble des sites de la direction commune à s'impliquer dans ce projet et à réfléchir à leur place dans le cadre de la future direction. Si le directeur commun souhaite mettre en place une équipe de direction commune à l'ensemble des établissements, deux questions se posent.

D'une part, celle portant sur le point de **savoir s'il faut garder un directeur délégué de site** et sur le type de management à adopter. Il n'existe pas de réponse unique sur le fait de savoir s'il est nécessaire ou non de garder un directeur délégué de site. Il convient toutefois d'éviter deux écueils. D'un côté, celui de supprimer les directeurs délégués de site et de ne pas ventiler leurs fonctions dans les portefeuilles des autres directeurs. Il pourrait en découler une non prise en compte des enjeux du site. D'un autre côté, celui de garder un directeur délégué de site qui deviendrait le défenseur des intérêts de son site au détriment de l'intérêt collectif. Le choix de supprimer les directeurs délégués de site a été retenu sur le GHT NOVO. Sa contrepartie est de continuer d'être à l'écoute des problématiques de chaque site et de s'y rendre physiquement, ce qui est fait régulièrement du fait de la relative proximité géographique des sites.

D'autre part, celle portant sur la **composition et de l'organisation de l'équipe de direction**. Une étape importante de la mise en place d'une direction commune est la gestion des carrières des directeurs. Ainsi, il est nécessaire que le directeur de reçoive un par un l'ensemble de ses adjoints ou futurs adjoints afin de déterminer avec eux leurs perspectives professionnelles. En fonction de leurs projets et sensibilité, il ou elle pourra envisager une recomposition de l'équipe de direction. Ces étapes peuvent s'avérer particulièrement délicates. Il est nécessaire de ne pas brusquer les transformations tout en étant conscient de la nécessité d'avancer et d'adapter le management, par exemple en organisant des réunions régulières entre les directeurs des mêmes directions fonctionnelles appelées à fusionner.

6. Générer des victoires à court terme

Afin de convaincre de l'utilité d'une direction commune, il est nécessaire de mettre en avant les premières réussites qu'elle a permise. Un exemple de réussite peut être la mise en place d'un projet entre différents établissements alors qu'il était auparavant bloqué par l'absence d'accord entre directeurs. Dans le cas du GHT NOVO, la mise en place d'un directeur commun s'est suivie de la création des directions des affaires médicales et des systèmes d'information communes. La direction des systèmes d'information commune a permis de mettre en place un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) et de déployer rapidement un logiciel de gestion des données médicales sur plusieurs sites.

7. Consolider les succès pour plus de changement

Généraliser les premières réussites en mettant, par exemple, en commun davantage de directions fonctionnelles. De même, veiller à continuer de démontrer les bénéfices sur les prises en charge des directions communes.

8. Ancrer les nouvelles approches dans la culture de l'établissement

Après la mise en place de la direction commune, il convient d'intégrer dans la culture des établissements dirigés en commun la logique de la coopération. Cela permet d'harmoniser bien au-delà de la direction en mettant en commun des procédures et des modes d'organisations. Les partages d'expérience et les concertations entre sites peuvent être institutionnalisés.

Ces huit étapes du changement de Kotter constituent une base de travail pour tout établissement envisageant de mettre en place une direction commune ou de conduire un changement majeur dans son organisation.

En pratique, la mise en place d'une direction commune avec une équipe de direction unique et intégrée prend du temps. **Dans le cas du GHT NOVO, cela représente plus de trois ans de travail.** Les étapes ont été les suivantes :

- 2015 : mise en place d'un directeur commun aux trois établissements (CHRD, GHCPD, GHIV), puis mise en place de directions des affaires médicales et des systèmes d'information communs,
- 2016 : arrivée d'un nouveau directeur qui envisage de créer une seule équipe de direction siégeant sur le site de Pontoise et de supprimer la fonction de directeur délégué de site afin d'éviter qu'ils ne se posent en défenseur des intérêts de leur site,
- 2018 : instauration d'une équipe de direction recouvrant le périmètre du GHT et aux missions transversales. Seuls les directeurs des soins gardent des fonctions cantonnées à un site.

Le GHT NOVO a suivi les étapes décrites par John Kotter, parfois, de façon implicite.

Néanmoins, un autre point important, qui n'est pas évoqué frontalement par le modèle de Kotter, mérite d'être souligné : la **gestion du calendrier**. Il est impératif de prendre en compte à la fois le calendrier des élections politiques et syndicales, mais aussi le contexte dans lequel se trouvent les établissements. Il est nécessaire de ne pas aller trop vite pour s'assurer de l'adhésion au projet. **La communication doit être soignée** auprès des élus, de la communauté médicale, des professionnels et des organisations syndicales. Il convient d'adopter un **discours inclusif et une attitude bienveillante vis-à-vis de l'ensemble des sites** et de garder une présence sur le terrain et une présence sur l'ensemble des sites.

En définitive, la mise en place d'une direction commune requiert à la fois de prendre en compte des critères techniques et de maîtriser les techniques de conduite du changement. **Le postulat de départ sera toujours celui d'une réticence au changement quel qu'il soit.** Au sein d'une organisation, comme à l'école, les individus peuvent être classés en trois tiers (règle des trois tiers¹⁴) : le premier tiers avec les « bons » ou ceux allant de l'avant ; le deuxième tiers avec les « moyens » ou « les suiveurs » ; et le troisième tiers

¹⁴ *L'évaluation positive*, Jean-François Principiano applique le concept aux élèves des écoles
Lien : <https://www.slideserve.com/avari/l-valuation-positive-conf-rence-de-jean-fran-ois-principiano-powerpoint-ppt-presentati>

avec les individus freinant. L'enjeu pour les directeurs sera à la fois d'identifier les trois tiers et surtout de **convaincre le tiers du milieu** pouvant faire basculer le projet dans un sens comme dans l'autre.

1.1.3. Si ces critères et conditions ne sont pas respectés, la mise en place d'une direction commune peut s'avérer inefficace, voire contre-productive.

Une direction commune s'éloignant du respect des critères techniques pourrait s'avérer difficile à diriger (les sites étant trop éloignés, trop nombreux ou avec des offres de soins complexifiant la structuration de parcours de soins). **Pour autant, le non-respect des critères techniques semble moins insurmontable que de ne pas remplir les critères managériaux et humains.**

En effet, le seul cas de direction commune ayant été mise en place, puis déconstruite est celui du CH de Chartres. Les relations humaines avec les CH de Châteaudun, Nogent-le-Rotrou et de La Loupe étaient arrivées à un point de rupture en dépit du fait que les critères techniques étaient réunis (nombre de sites et éloignement géographique raisonnable, possibilité de restructurer l'offre de soins).

A l'inverse, le respect de critères techniques, humains et managériaux permet des conditions propices à l'amélioration des prises en charge.

Tableau récapitulatif des critères à respecter en vue de réussir la mise en place et le bon fonctionnement d'une direction commune

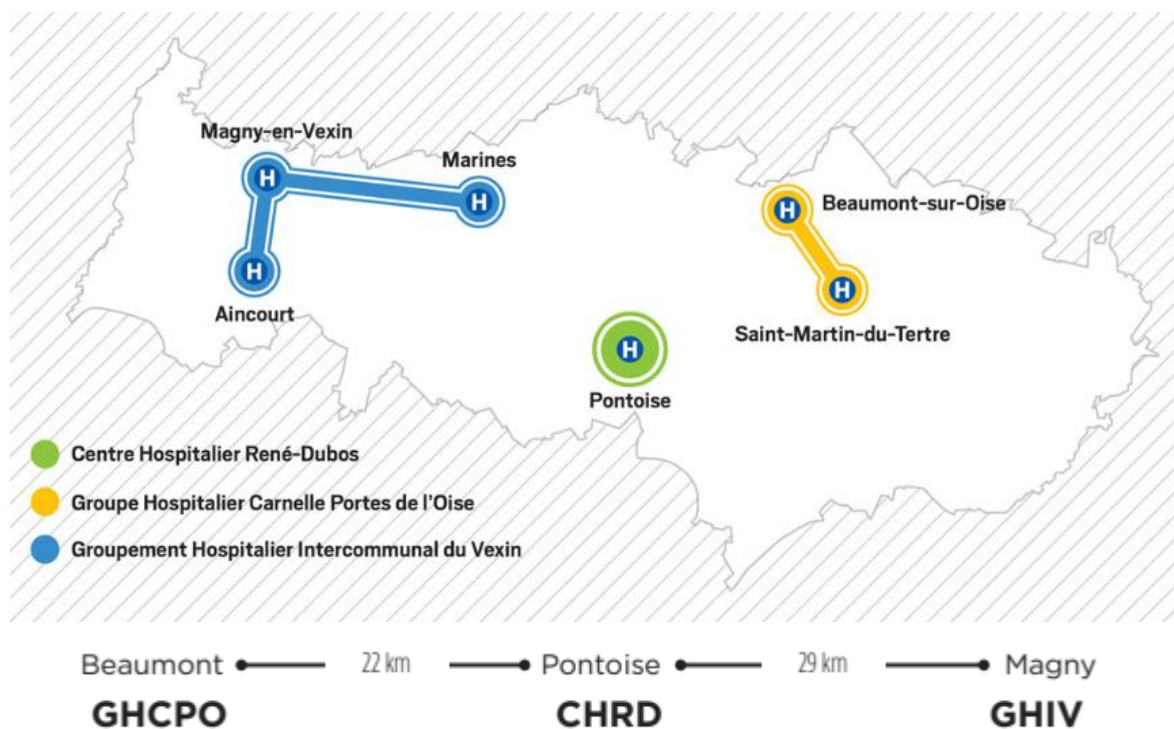
Critères à respecter en vue de réussir la mise en place et le bon fonctionnement d'une direction commune	
Critères techniques	Critères humains et managériaux
Eloignement géographique et temps de trajet	Accord des directeurs (condition bloquante en cas de non-respect), soutien de l'ARS et d'une grande partie de la communauté hospitalière et des élus
Nombre de sites	Conduite du changement méthodique (8 étapes de Kotter)
Capacité à faire émerger une gouvernance	Maîtrise de l'information
Opportunités du point de vue de l'offre de soins	Gestion du calendrier

1.1.4. Le GHT NOVO remplit bon nombre de ces conditions, ce qui a facilité la mise en place de la direction commune à partir de 2015 et génère des effets bénéfiques sur les prises en charge

RESPECT DU CRITERE N°1 RELATIF A L'ELOIGNEMENT GEOGRAPHIQUE ET AU TEMPS DE TRAJET

La distance entre les deux sites les plus éloignés entre eux au sein du GHT NOVO que sont ceux d'Aincourt et de Beaumont-sur-Oise est de 55 kilomètres. Les différents sites sont reliés par autoroute ou nationale en moins d'une heure, hors heure de pointe. Ces temps de trajet convenables permettent aux directeurs de se rendre régulièrement dans l'ensemble des sites. De surcroît, le site de Pontoise est situé à équidistance entre les deux autres établissements, ce qui réduit encore les temps de trajet.

Carte du GHT NOVO et distance entre les sites



RESPECT DU CRITERE N°2 RELATIF AU NOMBRE DE SITES

Le GHT NOVO comprend trois établissements répartis en six sites. Il s'agit d'une taille adaptée à ce mode de gouvernance. Le directeur est le binôme de trois présidents de CME, ce qui permet de développer des relations personnelles avec chacun d'entre eux. De même, les directeurs participent aux instances en triple ce qui est conséquent, mais demeure organisable.

RESPECT DU CRITERE N°3 RELATIF A LA CAPACITE A FAIRE EMERGER UNE GOUVERNANCE

Parmi les trois établissements, le site de Pontoise s'est distingué naturellement comme l'établissement support de par sa taille conséquente (deuxième établissement d'Île-de-France hors AP-HP). Du point de vue financier, il représente les 2/3 du GHT.

La fonction de directeur délégué de site a été supprimée en 2016, ce qui a contribué à limiter les querelles de chapelle

La communauté médicale, notamment à Pontoise, a été en faveur des rapprochements.

RESPECT DU CRITERE N°4 : OPPORTUNITÉS DU POINT DE VUE DE L'OFFRE DE SOINS

Instaurer une direction commune permettrait de renforcer des coopérations existantes entre les hôpitaux de Pontoise, Beaumont-sur-Oise, Saint-Martin-du-Tertre, Magny-en-Vexin, Aincourt et Marines. En effet, ces établissements avaient mis en place suite à la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de 2009, une communauté hospitalière de territoire (CHT). La mise en place de la CHT visait à « *la convergence de leurs projets médicaux et la structuration de filières de prise en charge des patients, afin d'adapter l'offre de soins au plus près des besoins de santé de la population sur un territoire donné* »¹⁵. En l'espèce, le rapprochement de ces établissements au sein d'une CHT a rendu possible la structuration de plusieurs filières de prise en charge des patients. A titre d'illustration, l'équipe territoriale de pneumologie a débuté en 2015 (avant les GHT) et au moment de la mise en place de la

¹⁵ La communauté hospitalière de territoire (CHT), Ministère des Solidarités et de la santé <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/la-communaute-hospitaliere-de-territoire-ght#:~:text=La%20communaut%C3%A9%20hospitali%C3%A8re%20de%20territoire%20%28CHT%29%20est%20une,commune%20et%20de%20q%C3%A9rer%20en%20commun%20certaines%20fonctions.>

direction commune. Elle a permis de conserver un SSR pneumologie sur le site d'Aincourt, dont la vocation est l'accueil des patients divers en SSR.

RESPECT DES CRITERES HUMAINS ET MANAGERIAUX

- Départ et non remplacement d'un directeur en 2015 et soutien de l'ARS
- Soutien des élus, notamment à Pontoise et approbation par les trois conseils de surveillance de la convention de direction commune
- Soutien de la communauté médicale et hospitalière
- Conduite du changement méthodique (respect des étapes de Kotter)
- Maîtrise de l'information (direction de la communication unique pour l'ensemble du GHT)
- Gestion du calendrier (mise en place de la direction commune une année après les élections municipales et une année avant la mise en place des GHT)

1.2. Le GHT NOVO remplit l'essentiel des prérequis de ce mode de gestion qui génère, par conséquent, des effets notables pour les prises en charges et présente de nombreux avantages

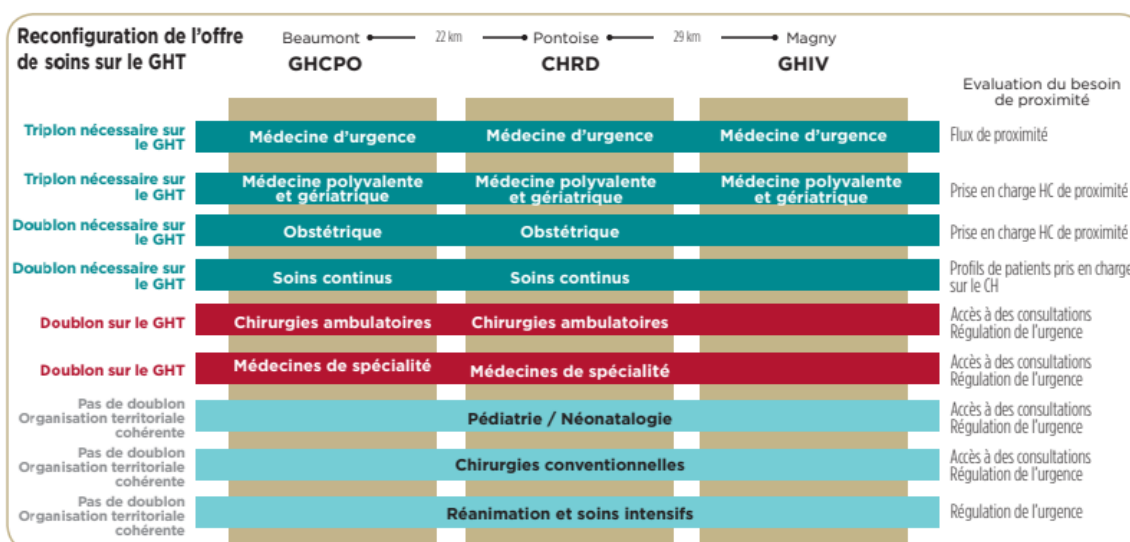
1.2.1. La direction commune facilite la mise en place de réorganisations territoriales et la création de filières de soins inter-établissements

Deux principales raisons expliquent le fait que la mise en place d'une direction commune favorise les réorganisations territoriales pertinentes des prises en charge.

D'une part, l'efficacité de la direction commune tient au fait qu'il n'existe **d'un seul principe décisionnel pour plusieurs établissements**. Cela signifie qu'un directeur ou une direction décide seul en dernier ressort. « *Pour prendre une décision, il faut être un nombre impair, et trois c'est déjà trop* » affirmait Clemenceau. Les réorganisations territoriales de l'offre de soins sont des décisions difficiles à prendre car elles impliquent de nombreux changements pour le personnel, d'une part, qui doit soit changer de service ou de site, mais également pour le ou les directeurs de site, d'autre part, qui doivent les assumer. En l'absence de centralisation de la décision, ces décisions difficiles et nécessaires ne sont pas prises. Au fil du temps, la prise en charge peut s'en trouver affectée.

D'autre part, la direction commune facilite **l'émergence d'une vision d'ensemble de l'offre de soins** et permet de centraliser l'information sur les différents services de soins. La centralisation de l'information, au sein de directions de la performance, de la qualité et des ressources humaines et des affaires médicales uniques permet de faire apparaître des différences entre les prises en charge des établissements. Ainsi, une analyse comparative entre les services de réanimation du CH de Pontoise et du CH de Beaumont-sur-Oise a permis de mettre en exergue que la lourdeur des pathologies des patients de Beaumont-sur-Oise était inférieure à celle des patients de Pontoise. De surcroît, la durée moyenne de séjour (DMS) des patients de Beaumont-sur-Oise dépassait celle de Pontoise. Cette analyse ayant été faite dans un contexte dans lequel les médecins réanimateurs sont des ressources rares, il a semblé dès lors pertinent de mutualiser les équipes sur le site de Pontoise et de fermer la réanimation du site de Beaumont-sur-Oise.

Graphique illustrant une vision d'ensemble de l'offre de soins des établissements de la direction commune du GHT NOVO



Source : Quoi de NOVO ? Numéro 7, janvier 2019

L'analyse réalisée dans le cadre de la direction commune, conjointement avec les médecins a contribué à mettre en avant que les services de néonatalogie et de chirurgie conventionnelle du GHCPO n'étaient pas nécessaires à l'offre de soins et de ne fonctionnaient pas dans les conditions prescrites.

En ce qui concerne la néonatalogie du GHCPO, l'activité ne permettait plus d'atteindre les 6 lits nécessaires pour constituer une unité de néonatalogie (2 à 3 lits occupés en moyenne). Il a donc été prévu de regrouper sur Pontoise la néonatalogie couplée à une augmentation de lits de réanimation et soins intensifs de néonatalogie.

En ce qui concerne la chirurgie conventionnelle, elle a été remplacée par de la chirurgie ambulatoire. La mise en place de la chirurgie ambulatoire sur l'hôpital de Beaumont-sur-Oise est un facteur d'amélioration des prises en charge. En effet, plusieurs rapports illustrent les effets bénéfiques de la prise en charge ambulatoire : « *amélioration de la satisfaction du patient et de sa famille, de qualité et de sécurité des soins chirurgicaux, par une limitation de l'exposition aux infections nosocomiales et de satisfaction des personnels, par l'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail* »¹⁶. De plus, le maintien d'une activité de chirurgie ambulatoire permet de conserver une offre de proximité. La mise en place de la chirurgie ambulatoire s'explique du fait de la création d'un pôle de chirurgie de territoire qui permet à des chirurgiens de Pontoise d'aller exercer à Beaumont.

¹⁶ La chirurgie ambulatoire, Ministère des Solidarités et de la Santé, <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/la-chirurgie-ambulatoire>

En définitive, la direction commune facilite la mise en place de filières de soins graduées sur le territoire. Cela n'implique pas, pour autant, que les réorganisations soient aisées à conduire. Le transfert des équipes de néonatalogie et de réanimation du GHCPPO vers le CHRD ont fait l'objet de nombreuses réticences au sein de l'hôpital de Beaumont-sur-Oise. Un comité de défense de l'hôpital a été constitué et plusieurs élus ont été très opposés au projet.

1.2.2. Si la direction commune contribue à accroître l'attractivité médicale et le maintien de spécialistes sur le territoire, ses effets sur la prise en charge paramédicales sont plus mitigés

La direction commune favorise l'attractivité médicale et, par conséquent, le maintien d'activités sur l'ensemble du territoire.

Plusieurs facteurs expliquent que les directions communes améliorent leurs conditions en matière d'attractivité médicale.

D'abord, des établissements qui travaillent en commun peuvent investir davantage de moyens dans la **promotion de leur image et de leur activité**. Par conséquent, il est plus aisé de recruter des médecins notamment dans les spécialités les plus recherchées.

Ensuite, la **direction des affaires médicales est unique**. Ainsi, les médecins disposent d'interlocuteurs uniques pour l'ensemble de leurs questions. A l'inverse, la DAM dispose d'une vision territoriale des besoins en médecins, ce qui lui permet de cibler les recrutements.

Enfin, l'exercice proposé par les structures en direction commune est plus attrayant pour les médecins, puisqu'il est plus souvent **en exercice partagé sur plusieurs sites**.

L'exercice partagé est plus facilement développé au sein d'une direction pour plusieurs raisons.

En premier lieu, parce qu'il existe **peu de concurrence entre les sites de la direction commune**. En effet, en l'absence de direction commune, l'exercice partagé peut impliquer pour l'établissement support de perdre des spécialistes et donc de l'activité. A l'inverse, en direction commune, bien que les budgets des établissements restent distincts, l'exercice partagé permet à la fois de maintenir, voire de créer des filières de soins territoriales et d'attirer des médecins. A titre d'exemple, en 2015, le directeur de la direction commune du CHRD, GHCPPO et GHIV avait demandé personnellement à un pneumologue du CHRD d'aller travailler en partie sur le site d'Aincourt spécialisé en soins de suite et de réadaptation

(SSR). Ce pneumologue, chef de service, avait accepté, ce qui avait contribué à maintenir un service de SSR pneumologie et avait ensuite attiré d'autres pneumologues.

En second lieu, l'exercice partagé est également favorisé dans les directions communes par la **convergence informatique, voire bio-médicale, logistique et salariale** permise dans les directions communes. En effet, les logiciels métiers sont les mêmes ou interfaçables entre les différents établissements, ce qui simplifie le changement de site et l'adaptation dans un nouvel environnement. Par ailleurs, l'existence d'une équipe de DAM commune contribue à harmoniser les rémunérations, ce qui réduit encore la concurrence interne.

En dernier lieu, l'équipe DAM de territoire peut **proposer un exercice professionnel varié et des évolutions de carrière en interne**. A titre d'illustration, le fait d'avoir trois SAU, deux équipes SMUR et un SAMU permet d'attirer des internes et des urgentistes pouvant évoluer tout en gardant le même recruteur et des interlocuteurs connus.

Par conséquent, l'équipe DAM est encouragée à mettre en place de l'exercice médical partagé qui, par effet réciproque, favorise l'attractivité médicale. Ainsi, une direction commune recourt, sans scrupule, aux postes d'assistants spécialistes à temps partagé, accueillis durant deux années. Il s'agit d'un dispositif de soutien à la démographie médicale. L'ARS « *finance les projets de recrutements à hauteur de 60% du coût du poste d'un assistant spécialiste des hôpitaux 1ère et 2ème année (prime d'exercice territorial comprise), la partie restante étant prise en charge par les établissements de santé partenaires* »¹⁷.

Les effets de la direction commune sur la prise en charge paramédicale sont moins évidents, mais en cours de développement.

Le moindre effet des directions communes et des GHT sur la prise en charge paramédicale s'explique par le statut de la fonction publique hospitalière (FPH). Celui-ci est pensé à partir du rattachement à un établissement. Le personnel de la FPH est employé localement, ce qui freine le déploiement d'un exercice territorial hors de son site de rattachement. A l'inverse, les statuts des praticiens hospitaliers ont été aménagés de longue date, compte tenu de la démographie médicale, de façon à faciliter un exercice multi-établissements.

¹⁷ Postes d'Assistants Spécialistes à temps Partagé (ASP) - (2020-2022). (2020, 13 février). Agence régionale de santé Ile-de-France. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/postes-dassistants-specialistes-temps-partage-asp-2020-2022>

Ainsi, le personnel paramédical exerce son activité site par site. Les infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers sont rattachés à un hôpital dans lequel ils effectuent la totalité de leur temps de travail.

Pour autant, pour certains personnels paramédicaux dont les compétences sont rares, des mutualisations et échanges internes aux sites de la direction commune se mettent en place pour certains personnels paramédicaux dont les compétences sont rares. A titre d'illustration, des IBODE¹⁸ du GHCPPO sont venues se former sur le CHRD (vacations). Elles viennent prendre des vacations sur de la chirurgie vasculaire sur le CHRD et améliorent ainsi leur pratique professionnelle. Par ailleurs, un personnel paramédical spécialiste de la métrologie, c'est-à-dire spécialiste des mesures, notamment des températures des réfrigérateurs, a été recruté sur notre GHT afin d'effectuer des mesures sur l'ensemble des sites. Enfin, au niveau cadre, la direction commune facilite le développement d'un réseau GHT de cadres, ce qui contribue à uniformiser les pratiques et les prises en charge. L'ouverture des fiches de poste se fait au niveau GHT. Pour donner un seul exemple, une cadre de proximité de l'unité de soins palliatifs du CHRD qui est devenue cadre supérieure au GHCPPO. En outre, ce réseau et ces échanges permettent d'harmoniser chaque fois davantage les procédures.

1.2.3. Si la direction commune renforce la qualité des soins et facilite l'adoption de normes communes, la culture qualité demeure en grande partie locale

En plus des effets bénéfiques de la direction commune sur la qualité du recrutement médical, l'organisation de filières de soins et le maintien d'activités, les directions communes améliorent le pilotage de la politique menée en matière de qualité et par conséquent la qualité des soins.

En premier lieu, travailler en direction commune permet de **rapprocher les équipes dédiées à la qualité** (ingénieurs qualité, responsables qualité, techniciens qualité, personnels agréés experts HAS¹⁹). A titre d'illustration, sur le GHT NOVO il existe une direction qualité unique avec une directrice et une directrice adjointe. Ce rapprochement des équipes permet de spécialiser davantage les experts et de réaliser des évaluations

¹⁸ IBODE : infirmier de bloc opératoire

¹⁹ HAS : Haute Autorité de la Santé

croisées. Ainsi, un expert HAS du site du GHIV est allé conduire un patient-traceur²⁰ sur le GHCPO. Suivant la même logique, le responsable qualité du CHRD réalise des audits sur le GHIV.

Ensuite, la direction commune permet d'**harmoniser les procédures qualité et de réaliser des démarches qualité croisées**. Aujourd'hui, le GHT NOVO dispose de 82 procédures qualité communes, ainsi que de nombreux outils communs. Le tableau ci-dessous en témoigne :

Extrait du tableau de pilotage des outils communs du GHT (en vert les outils communs). Source : équipes qualité du GHT NOVO

Politique qualité GHT confère Pol EPP, pol medoc ... + intègre AP, tricéphalie, Traceur système	Bilan Politique Qualité GHT	Organigramme GHT demarche qualité instances	Organigramme fonctionnel de la démarche qualité Directeur + Equipes par site + Coordinateur des risques associés aux soins + RSMQ	Charte de fonctionnement COPIL Qualité GHT	Bilan COPIL Qualité GHT
Tableau de bord general - Indicateurs MQR	Tableau de bord formation critere par critere HAS	Grille AP d'evaluation du MQR remplie	Guide "Nos pratiques"	Support de formation "faire de la gestion des risques un outil de progrès" (EI, REX, RMM, EPP...)	Support de formation pour les nouveaux arrivants
Calendrier des réunions de travail Qualité GHT	Calendrier des réunions de direction Qualité GHT	Calendrier des COPIL Qualité GHT	Dossier de partage GHT	Liste des Présidents et référents du GHT	Volet qualité des pôle harmonisé

Enfin, la direction commune de taille plus conséquente permet d'**attirer de profils de haut niveau** qui travaillent avec une dimension GHT.

En outre, la politique qualité bénéficie de tous les avantages qu'offre la direction commune tels qu'une direction des systèmes d'information commune qui permet de **mettre en place des outils communs** ou de la possibilité renforcée de créer des **équipes de territoire**. A

²⁰ Définition HAS : « analyse de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement afin d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration »

Le patient-traceur en établissement de santé (Guide méthodologique, 2015)

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante#:~:text=%20La%20m%C3%A9thode%20du%20patient-traceur%20a%20une%20double.patient%20tout%20au%20long%20de%20son...%20More%20

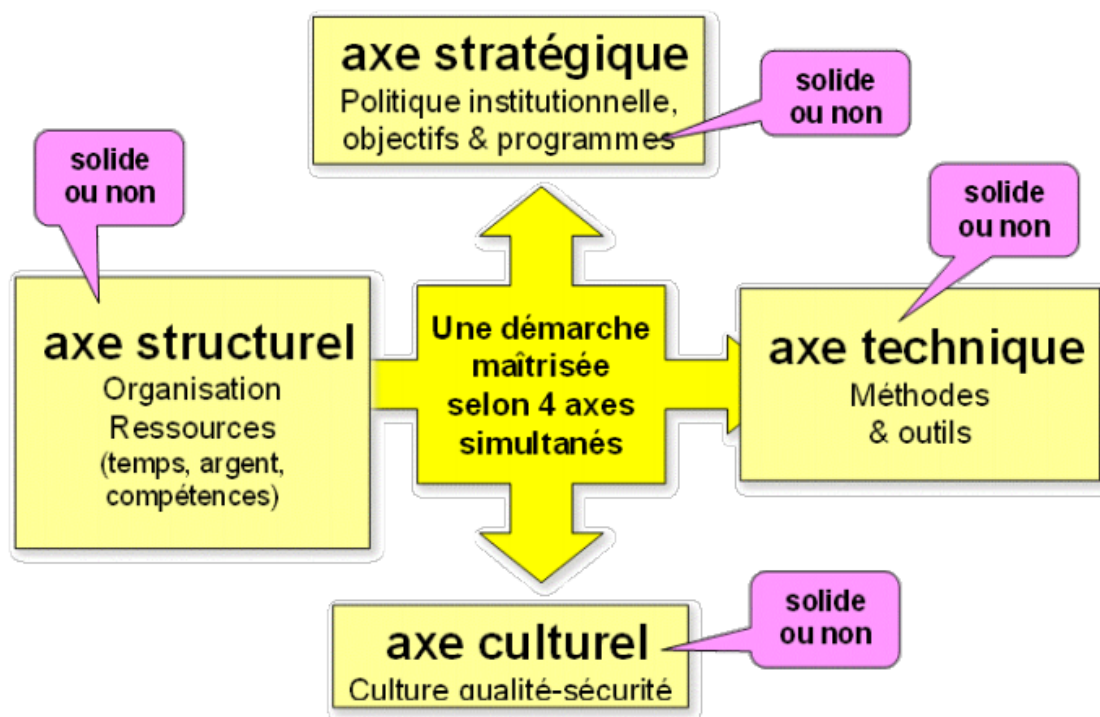
titre d'illustration, le GHT a mis en place un outil de gestion documentaire (GED), ENNOV. Ce logiciel permet de stocker et diffuser l'ensemble des procédures qualité. A terme, il permettra de déclarer les événements indésirables graves (EIG) sur les trois établissements. Cet outil contribue à améliorer les prises en charge en promouvant l'application de bonnes pratiques et la réalisation de retours d'expérience.

Par ailleurs, la mise en place d'une équipe opérationnelle d'hygiène de territoire permet également d'améliorer les pratiques dans l'ensemble des établissements et de sécuriser les prises en charge (réduction des infections nosocomiales par exemple).

Pour autant, si le pilotage de la démarche qualité intègre fortement une dimension territoriale, les pratiques professionnelles et la politique qualité demeurent en grande partie locale. Deux principaux facteurs expliquent cela. D'une part, les professionnels de santé, aussi bien médicaux que paramédicaux, ont développé une culture, des habitudes et des pratiques propres, justifiées ou non (se référer à l'axe n°4 du modèle de Shortell, tel que décrit par la Haute autorité de la santé²¹. L'axe culturel est un des points sur lesquels il convient de travailler pour transformer la qualité des prises en charge).

Les quatre axes du modèle de Shortell (2001) sur le système de soins

Source : HAS



²¹ Guide d'utilisation de la matrice de maturité d'une équipe Pacte (2018), Haute Autorité de la Santé https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/17_04_2018_mm_boite_outils_vd.pdf

D'autre part, la certification continue de se faire par établissement. En conséquence, la politique qualité reste tournée vers la certification de son établissement, ce qui influence les modes de travail qui restent en grande partie locaux.

1.2.4. La direction commune permet de spécialiser des agents et de mettre l'expertise au service de l'ensemble des sites, ainsi que d'améliorer les équipements matériels et immatériels au-delà du cadre réglementaire prévu par les GHT

Depuis le 1^{er} janvier 2018, la fonction achat est mutualisée dans le cadre des GHT. L'établissement support assure cette fonction pour le compte de l'ensemble des établissements qui le compose²². Pour autant, les textes juridiques sur les GHT ne prévoient pas de **mutualiser les directions des travaux, de la logistique et du bio-médical**, ce qui est possible dans le cadre d'une direction commune.

Les directions communes se distinguent également des GHT non dotés de direction commune en ce que les coopérations entre sites sont plus nombreuses.

Enfin et de façon plus aboutie, peuvent être mis en place, au sein des directions communes, des **pôles regroupant plusieurs directions**. A titre d'exemple, le GHT NOVO a constitué un pôle composé de trois directions (direction du patrimoine et des investissements immobiliers, direction des achats/logistiques, direction des systèmes d'information et du bio-médical). Ce pôle permet que tous les sujets importants d'une de ces directions soient discutés préalablement au sein du pôle avant présentation en comité de direction. Les pôles ont pour objectif de fluidifier les relations entre des directions devant travailler ensemble. Cette organisation contribue à améliorer les prises en charge en évitant des erreurs. Un exemple de projet pour lequel un lien entre les directions est nécessaire : le GHCPPO a déjà fait face à des ruptures de feuilles d'échographie, ce qui empêche l'utilisation des échographes ; les services logistiques ont été sollicités pour aller récupérer des feuilles au CHR D.

En outre, sur les questions matérielles (travaux, équipements biomédicaux) et immatérielles (systèmes d'information, logiciels), les directions communes mettent progressivement en

²² Article 107 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

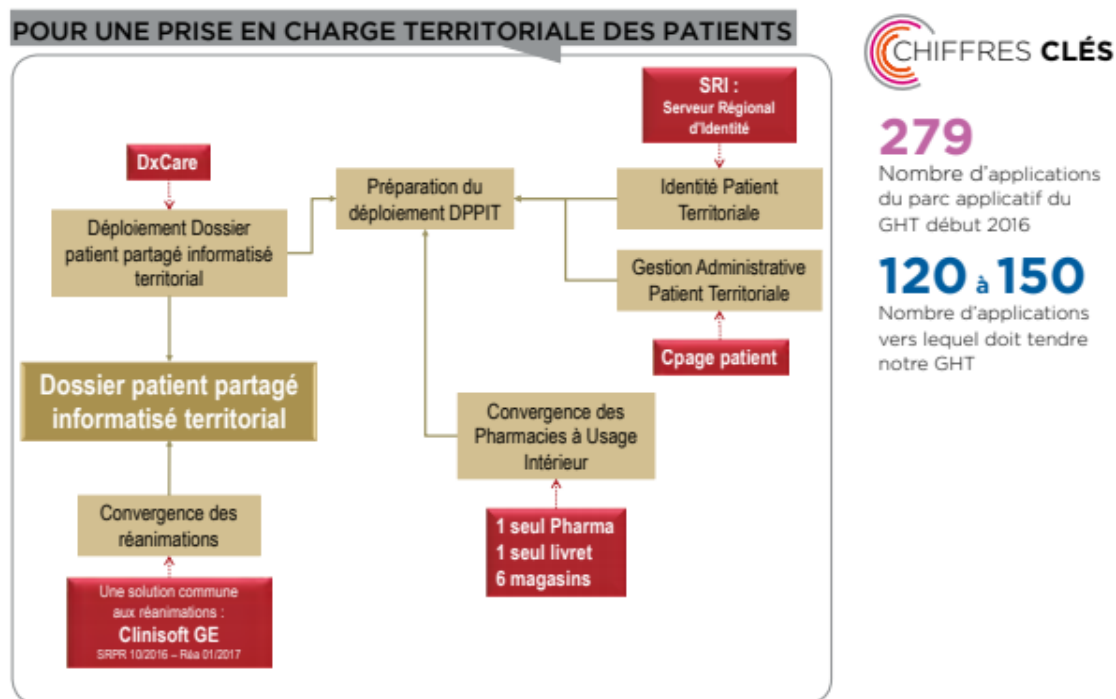
place des équipes qui travaillent non pas par site mais par spécialité. A titre d'exemple, un ingénieur bio-médical dispose de missions sur l'ensemble des établissements.

De même, les GHT doivent mutualiser leurs fonctions supports relatives aux systèmes d'information, ce qui a été fait à partir de 2018. Dans le cadre de la direction commune du GHT NOVO, ces fonctions avaient été mutualisées dès avril 2015 et le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) adopté fin 2015. Cette mise en commun anticipée a permis au GHT NOVO de tendre rapidement vers une **convergence des systèmes d'information**, convergence prévue par la loi du 26 janvier 2016²³. L'objectif avait été fixé qu'au 1^{er} janvier 2021, l'ensemble des GHT dispose de systèmes d'information convergents. D'après l'observatoire e-santé réalisée par le cabinet IDC France et l'éditeur Maincare « *seuls 36% des établissements de santé estiment que la convergence des systèmes d'information (SI) au 1^{er} janvier 2021 est réalisable* ». L'étude a permis d'identifier plusieurs raisons de cet échec. D'abord, c'est le **manque de ressources financières** qui a freiné la mise en place d'un SI convergent au sein des GHT. Ensuite, les **problèmes organisationnels, de gouvernance et la complexité à partager une stratégie commune** sont également mentionnés comme des « obstacles significatifs qui, combinés, pèsent davantage que les problèmes techniques d'interopérabilité ». Parmi les 29 sites supports de GHT interrogés par IDC France : 53% ont évoqué des problèmes organisationnels avec les établissements membres et 37% ont souligné la complexité à mettre en place une stratégie partagée.

Le **GHT NOVO** n'a pas été confronté aux problèmes organisationnels et de gouvernance et la direction des systèmes d'information estime que **les systèmes d'information seront considérés comme étant convergents au 1^{er} janvier 2021**.

²³ Guide méthodologique STRATÉGIE, OPTIMISATION ET GESTION COMMUNE D'UN SYSTÈME D'INFORMATION CONVERGENT D'UN GHT, Direction générale de l'Offre de soins, Juillet 2016 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_systeme_information_convergent.pdf

Tableau illustrant la stratégie de convergence des systèmes d'information accélérée du fait de la direction commune, Source : Quoi de Novo numéro 2, octobre 2017, journal interne au GHT NOVO



1.2.5. La crise sanitaire a pour résultat de renforcer l'ensemble des effets positifs sur les prises en charges liées à la direction commune et d'en générer de nouveaux

La crise sanitaire liée à la propagation en France du virus Sars-CoV-2 a eu pour conséquence de mettre sous tension le système hospitalier français. Face aux besoins accrus de lits de réanimation, d'équipements de protection individuelle (EPI), de médicaments et de personnels qualifiés, les organisations ont été bouleversées.

La crise sanitaire a généré trois types d'effets sur les coopérations entre hôpitaux.

D'une part, les répercussions de la COVID ont contribué à **catalyser les dynamiques de coopérations à l'œuvre antérieurement entre hôpitaux**. Cette analyse est partagée par le cabinet de conseil interne à l'EHESP dans « *COVID-19 : pistes de réflexions pour adapter*

les organisations face à la permanence du risque »²⁴. Ainsi, les hôpitaux entre lesquels des liens existaient (direction commune ou GHT efficaces, coopérations inter-établissements) ont vu leurs coopérations accrues et renforcées. Les liens se sont multipliés entre interlocuteurs qui travaillaient déjà ensemble.

D'autre part, **la COVID a pu, au contraire, occasionner un effet de repli sur soi de certains établissements peu intégrés dans des dynamiques de coopération.** Si cela a pu être observé dans le secteur sanitaire, cela semble avoir été particulièrement vérifié dans le secteur médico-social où de nombreux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dits « autonomes » n'ont pas eu recours ou n'ont pas fait appel à de l'aide extérieure.

Enfin, **la crise COVID a été l'occasion pour des établissements de commencer à travailler ensemble**, nécessité faisant loi. Cela s'est notamment observé entre les hôpitaux et cliniques privées.

Le GHT NOVO se situe dans la catégorie des hôpitaux pour lesquels les coopérations étaient déjà fortes et pré-existantes. Elles ont donc été renforcées. Ainsi, la crise COVID a donné toute sa force à la direction commune recouvrant l'ensemble du GHT. **Plusieurs effets notables améliorant la prise en charge des patients atteints par la COVID ont été observés.**

En premier lieu, des parcours de soins existants ont été renforcés. D'une part, les patients COVID hospitalisés en réanimation ou en unités COVID à Pontoise ont été accueillis au sein d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) dédié sur le site d'Aincourt. Cette filière a permis de trouver un aval pour des patients encore instables dans un contexte marqué par la saturation aussi bien des services de réanimation que des services de SSR. Le bon fonctionnement de cette filière s'explique par plusieurs facteurs. Premièrement, les pneumologues prenant en charge les patients dans les unités COVID de Pontoise sont les mêmes que ceux d'Aincourt. Il s'agit d'une équipe de pneumologie de territoire. Par conséquent, une partie des patients accueillis à Aincourt étaient déjà connus des médecins. Cette connaissance et cette confiance sont propices aux collaborations fructueuses. Deuxièmement, l'information sur l'état de santé des patients était totalement transparente dans la mesure où les sites de Pontoise et d'Aincourt disposent depuis 2019 du même logiciel de centralisation des données médicales du patient, à savoir DxCare.

²⁴ COVID-19 : pistes de réflexions pour adapter les organisations face à la permanence du risque, EHESP Conseil, juin 2020 <http://www.ehespconseil.fr/covid-19-pistes-de-reflexions-pour-adapter-les-organisations-a-la-permanence-du-risque/>

Ainsi, les médecins pouvaient consulter instantanément l'intégralité des caractéristiques du patient afin de déterminer si un transfert était possible et sûr. Troisièmement, les liens Pontoise/Aincourt dans un contexte COVID ont été facilités par le fait qu'une partie des procédures COVID élaborées sur le site de Pontoise ont été transposées et adaptées au site d'Aincourt avec le concours, notamment, de la directrice des soins et de la qualité.

Cette filière a été une des clés de la réussite de la prise en charge COVID sur le GHT NOVO. En effet, le site d'Aincourt a pris en charge 119 patients COVID en SSR dont 91 venaient du Centre hospitalier René Dubos de Pontoise²⁵. Plus globalement, cette filière a permis de réduire de façon conséquente la DMS dans la réanimation de Pontoise. A titre comparatif, le CH de Gonesse disposait de 40 lits de réanimation durant la crise COVID et il a pris en charge 50 patients COVID réanimatoires. Le CH de Pontoise disposait de 43 lits et il a pris 130 patients COVID réanimatoires. Le différentiel s'explique notamment par la possibilité de trouver des lits d'aval pour les patients de Pontoise.

D'autre part, le GHT en direction commune a permis de penser une prise en charge graduée et territoriale du COVID sur l'ensemble du Nord-Ouest du Val d'Oise (bassin de population de 320 000 habitants).

²⁵ Pour en savoir plus visionner le reportage de TF1 au journal de 20h sur la prise en charge COVID du SSR d'Aincourt : Lci, L. R. (2020, 9 juin). VIDEO - Marcher, respirer, tenir un stylo... rescapés du Covid, ils doivent tout réapprendre. LCI. <https://www.lci.fr/sante/video-marcher-respirer-tenir-un-stylo-rescapes-du-covid-reanimation-ils-doivent-tout-reapprendre-2156063.html>

**Tableau synthétique de la prise en charge graduée et territoriale des patients
COVID au sein du GHT NOVO**

Prise en charge	Établissement et date de prise en charge		
	CHRD (Pontoise)	GHCP0	GHIV
Réanimation COVID +	Mars à Mai (43 lits)		
Réanimation COVID -	Mars à Mai (7 lits)		
Médecine COVID +	Mars à Mai (50 lits)	Avril à Mai (12 lits)	Mars (avant accueil patients SSR)
Médecine COVID -	Mars à Mai (50 lits)	Mars à Mai (20 lits)	Mars à Mai (10 lits)
SSR COVID +	Mars à Mai (15 lits)		Mars à Mai (30 lits)
SSR COVID -	Mars à Mai (10 lits)	Mars à Mai (10 lits)	Mars à Mai (30 lits)
Soins palliatifs COVID +			Mars à Mai (10 lits)
Soins palliatifs COVID -	Mars à Mai (10 lits)		
Nombre total de patients pris en charge (hors ambulatoire, hors EHPAD)	650	40	184

Légende : case barrée = absence de prise en charge correspondante

Quelques observations sur le tableau :

- Le CHRD est le seul des trois établissements du GHT doté d'un service de réanimation. Il a triplé son nombre de lits (de 18 à 50 lits) durant la crise COVID.
- Le GHIV, en dépit de sa taille plus réduite, a joué un rôle essentiel durant la crise : accueil dès mars de patients en médecine COVID + ; ouverture d'un SSR pneumologie COVID + pouvant aller jusqu'à 30 lits ; prise en charge des patients COVID + nécessitant des soins palliatifs.
- Le GHCP0 a ouvert une unité de médecine COVID + en deuxième partie de crise en avril. Avant cela, le site du GHCP0 s'était consacré à la prise en charge des patients non COVID nécessitant une hospitalisation en médecine. En d'autres

termes, **le site du GHCP0 est resté exempt de COVID le plus longtemps possible et son bloc opératoire a continué de fonctionner.**

Cette ingénierie dans la prise en charge du COVID tout en assurant les prises en charge des patients non atteints par le virus a pu être définie et exécutée **en grande partie grâce à l'existence de la direction commune.** L'ensemble des interlocuteurs du GHT se connaissait et a fait corps. La direction commune a permis une mise en place rapide de cette stratégie médicale comme nous allons désormais le voir.

En second lieu, la crise COVID a souligné **l'importance des exercices médicaux partagés** et de l'harmonisation des procédures qualité. La crise a décloisonné l'exercice médical. Ainsi, plusieurs médecins ont travaillé aussi bien hors de leur service qu'hors de leur établissement d'origine. Cela a été le cas notamment à l'EHPAD dans lequel sont intervenus plusieurs médecins urgentistes. La crise a également montré la nécessité de tendre vers une politique qualité de territoire. En effet, de nombreuses procédures ont été élaborées par l'équipe opérationnelle d'hygiène de territoire et par des médecins postés à Pontoise. Ces procédures ont été diffusées, dans de courts délais, aux autres établissements.

En troisième lieu et de façon prégnante, **la crise COVID a accéléré les coopérations** et mutualisations engagées entre des directions dans le cadre de la direction commune. Ainsi, les mutualisations d'EPI (blouses, manchettes, masques chirurgicaux et FFP2, etc.) et de médicaments (curares notamment²⁶) ont été nombreuses. Les magasins et les pharmacies du GHT ont travaillé en collaboration étroite. De même, dans le domaine bio-médical, de nombreux dons inter-établissements ont été réalisés (pousses seringues, thermomètres, ventilateurs, etc.).

En dernier lieu, la crise sanitaire a produit un nouvel effet sur les prises en charge, qui n'avait pas été observé auparavant. Il s'agit de la **mutualisation des personnels paramédicaux sur le GHT.** De nombreuses infirmières et aides-soignantes ont porté main forte dans des établissements différents du leur. Ces échanges ont été facilités par la direction commune et par l'existence de direction des soins et de direction des ressources humaines communes. Ainsi, sur les 1 000 agents ayant travaillé dans un service recevant des patients COVID +, près de 600 étaient dans un service différent du leur.

²⁶ Les curares sont des médicaments ayant des propriétés relaxantes notamment utilisés pour les patients en coma artificiel, à l'instar des patients COVID + en réanimation. Les curares utilisés sur CHRD sont des curares non dépolarisants non stéroïdiens, à savoir l'Atracrium (Tracrium®) et le Cisatracrium (Nimbex®)

Par conséquent, les effets bénéfiques de la direction commune sur les prises en charge ont été particulièrement renforcés en période de crise sanitaire, un contexte dans lequel la tentation du repli sur soi peut être forte du fait des tensions aussi bien matérielles, capacitaires qu'en matière de ressources humaines.

Pour autant, ce mode d'organisation qui génère de nombreux effets positifs sur les prises en charge aussi bien en période de crise sanitaire qu'en temps ordinaire, pose plusieurs défis tant du point de vue de son appropriation par la communauté hospitalière que de la latence pouvant être propre aux grandes organisations

2. Pour autant, la mise en place d'une direction commune requiert une vigilance particulière tant au regard des risques de dissolution de l'identité commune que de la complexité propre aux grandes organisations. Plusieurs pistes peuvent être esquissées, pour accroître les effets positifs des directions communes sur les prises en charge.

2.1. Les directions communes doivent veiller à préserver et reconstruire régulièrement plusieurs équilibres

2.1.1. Equilibre entre la convergence vers une identité commune et un maintien d'un attachement à une structure à taille humaine

L'émergence d'une identité commune n'est pas immédiate. La mise en place de la direction commune intervient généralement avant le développement d'une identité de groupe. Néanmoins, la direction commune contribue à faire émerger cette identité en facilitant la mise en place de projets concrets incarnant l'esprit de groupe.

Cette identité commune permet de continuer à dépasser la logique de site et favorise les coopérations entre les sites et la construction de parcours de soins inter-établissements.

D'autre part, l'attachement à une identité locale est propice à l'engagement des professionnels, au-delà du contenu de leur fiche de poste ou des horaires prévus. De même, un **cadre de travail dans une structure plus petite, à l'instar de l'organisation du Groupement hospitalier intercommunal du Vexin peut s'avérer favorable à la qualité de vie au travail (QVT)**. Enfin, les structures de plus petites tailles tendent à diminuer le risque de passager clandestin des personnels²⁷. D'après Mancur Olson, les passagers clandestins sont les personnes bénéficiant d'un système ou d'avantages sans s'impliquer dans la production de ces avantages, tel est le cas d'agents exerçant leurs fonctions au strict minimum. Ainsi, dans des plus petites structures, il semble que la solidarité puisse être plus importante et que les agents fassent moins défaut à leurs collègues. Au global, le recours à l'intérim médical est plus faible. Ainsi, au GHIV il n'existe pas d'intérim médical dans le service d'accueil des urgences (SAU). A l'inverse, plus de la moitié des médecins sont intérimaires aux SAU de Pontoise. Or, l'intérim médical semble

²⁷ Olson, M. (2018). Logique de l'action collective. 2e tirage (Ublire) (French Edition). UNIV BRUXELLES.

nuire à la prise en charge. En effet, les intérimaires ne maîtrisent pas toujours les outils propres à l'établissement les recevant. Cela peut conduire à des erreurs ou à des manquements par rapport aux procédures définies. De même, l'intérim médical ne permet pas une amélioration continue des pratiques professionnelles. Les intérimaires peuvent plus difficilement être accompagnés par les ingénieurs qualité.

Pour autant, une organisation de plus petite taille où l'ensemble des équipes se connaissent peut également avoir des effets néfastes sur les prises en charge. La moindre rotation des équipes peut conduire à une moindre remise en question des pratiques professionnelles. De même, il est difficile avec des équipes de plus petite taille de se spécialiser sur des tâches plus techniques. Ainsi, la polyvalence des soignants est importante, mais en cas de prise en charge complexe, il est préférable de réorienter les patients vers des structures de plus grande taille.

Dans le cadre d'une direction commune, il convient donc de concilier ces deux impératifs, en partie contradictoires. Il est nécessaire de tendre vers une identité commune avec tous les avantages que cela représente. Toutefois, ce changement de mentalité et de culture prend du temps. Agir de façon trop précipitée et gommer les identités propres à chaque établissement peuvent s'avérer contre-productif. Il est donc nécessaire d'intégrer les identités locales dans une identité plus large. A titre d'illustration, le GHT NOVO est l'identité à mettre en avant en premier lors de la conduite de projets, mais il est possible de rajouter la mention de l'établissement porteur du projet.

2.1.2. Equilibre entre une harmonisation progressive des procédures et organisations et un maintien de spécificités locales, au moins à court terme

Par ailleurs, un autre défi des directions communes est celui **de parvenir à tenir compte d'une partie des spécificités de chaque site tout en continuant la démarche d'harmonisation.**

D'une part, il est **nécessaire d'harmoniser le plus possible les procédures qualité, les outils informatiques et équipements, ainsi que les prises en charge.** En effet, le rapprochement de procédures qualité permet un nivellement par le haut. Par exemple, en cas d'existence d'une procédure en matière d'habillage/déshabillage propre à chaque site, la procédure la plus complète, mais également la plus compréhensible sera celle retenue.

Une compilation des meilleurs points pourra être faite. De même, l'harmonisation des outils informatiques et des équipements est régulièrement l'occasion de **sélectionner le meilleur équipement**. A titre d'illustration, le marché des lits anti-escarres a été récemment renouvelé sur le GHT NOVO. Auparavant, les marchés avaient été passés site par site. Lors de la construction du cahier des charges, les équipes achats, en lien avec les équipes soignantes et de la qualité, ont réalisé une analyse comparative de la qualité des lits anti-escarres sur l'ensemble des établissements. Elles ont, ainsi, pu identifier le meilleur lit anti-escarre et prendre en compte certaines caractéristiques techniques lors de la rédaction du cahier des charges GHT. Enfin, le temps médical partagé contribue à **uniformiser les prises en charge**, ce qui conduit à une amélioration de celle-ci et à limiter les ruptures dans les soins.

D'autre part, en dépit de la nécessaire harmonisation, il est nécessaire de **tenir compte des spécificités propres à chaque site**. Ces spécificités tiennent à l'architecture propre des services de soins, aux choix d'équipement qui jusqu'en 2018 ont souvent divergé et aux pratiques professionnelles distinctes.

Dans une direction commune, il est **fréquent qu'un établissement support ou l'établissement de plus grande taille prenne davantage d'initiatives que les autres**. Cela a été le cas durant la crise sanitaire COVID en adoptant de nombreuses procédures qualité. Il est dès lors aisé de souhaiter répliquer telles quelles ces procédures. Pour autant, il est régulièrement **nécessaire de les adapter aux réalités locales**. Ce travail d'adaptation nécessite de bien connaître l'ensemble des réalités et d'organiser des réunions avec l'ensemble des acteurs autour de la table afin de consulter le plus possible en amont. A titre d'illustration, les instructions ministérielles en matière de prise en charge des personnes décédées des suites d'une infection au Sars-CoV-2 ne pouvaient pas être appliquées de la même façon sur le CHRD et sur le GHIV. En effet, le site d'Aincourt sur le GHIV ne possède pas de chambre mortuaire, mais d'un dépositaire (les défunts demeurent transitoirement au dépositaire avant un transfert en véhicule funéraire à la chambre mortuaire).

Par conséquent, afin de satisfaire le double impératif d'harmonisation et de prise en compte des spécificités locales, il est nécessaire de **mettre en place des procédures de consultation de l'ensemble des sites et de co-construire les procédures**. De même, la connaissance croisée des sites permet de prendre en compte, dès le début, les problématiques propres à chaque site. Enfin, l'harmonisation doit permettre de préserver les complémentarités entre les établissements qui sont nécessaires à la construction de parcours de soins.

2.1.3. Equilibre entre la gestion des grandes et des petites problématiques et entre la macro et la micro-gestion

Lors des entretiens conduits dans le cadre du mémoire, plusieurs interlocuteurs ont mentionné que dans le cadre de la direction commune et du recentrage des directeurs et d'une partie des équipes sur le site de Pontoise, certains problèmes de moindre importance n'étaient plus réglés rapidement. En effet, les équipes informatiques ont été rassemblées sur Pontoise et plusieurs agents de maintenance également, ce qui peut nourrir un **sentiment d'abandon** et de moindre service **pour le site dont les agents sont délocalisés**. Le déplacement des équipes peut conduire à la perte d'un interlocuteur direct, bien que cela ne soit pas toujours vérifié dans la pratique. En effet, la présence sur site n'assure pas la présence sur le terrain. Un directeur peut rester dans son bureau sur un site comme sur un autre. Par ailleurs, dans le cadre de la direction commune plusieurs procédures ont été changées et standardisées, ce qui peut conduire à une perte de repères pour les utilisateurs. A titre d'anecdote, un tapis à l'accueil des urgences du site de Magny-en-Vexin a disparu durant plusieurs jours sans que les professionnels du site n'en aient été informés. Or, ce tapis évite les chutes, aussi bien des patients que des agents, à l'entrée des urgences. En pratique, il avait été retiré pour le nettoyer par des agents ne travaillant pas exclusivement sur le site de Magny et qui n'avaient pas conscience de l'importance du tapis dans le fonctionnement quotidien des urgences. En outre, ces agents n'avaient pas prévenu de leur intervention. Ce type d'événement, qui peut sembler dérisoire, contribue pourtant à générer une forme de mécontentement à l'égard de l'administration qui semble lointaine et peu au fait des enjeux locaux.

Si la résolution de problèmes de moindre envergure et la gestion du quotidien (« micro-gestion ») peuvent sembler en partie bouleversées, il convient de souligner que la gestion stratégique et la résolution de problèmes plus larges à l'échelle du territoire (« macro-gestion) sont facilitées dans le cadre d'une direction commune. Plusieurs exemples des effets bénéfiques sur les prises en charge de la direction commune déclinés en partie 1.2. (*c.f. plus haut*) l'illustrent : meilleure attractivité médicale, nivellement par les hauts des pratiques en matière de qualité et d'achats, mutualisations en cas de pénuries, etc.

Dès lors, il ne faut non pas revenir sur la centralisation et la spécialisation des équipes, mais mettre en place des procédures permettant de résoudre avec réactivité les problèmes

rencontrées au quotidien par les soignants. A ce titre, la mise en place de bons au travers desquels les agents sollicitent une prestation (informatique, maintenance, réparation) contribuent à mieux organiser les interventions des équipes dédiées. De même, l'harmonisation progressive des équipements matériels et des logiciels facilite les réparations ou autres interventions sur l'ensemble des établissements. Enfin, il convient de faire la pédagogie des décisions prises pour qu'elles puissent, dans la mesure du possible, être comprises sur le terrain.

Pour autant, les défis posés dans le cadre d'une direction commune peuvent être surmontés. Le cas échéant et sous certaines conditions, les avantages dépassent les difficultés, souvent transitoires.

2.2. Si plusieurs pistes avaient, en première analyse, retenu mon attention, d'autres recommandations pour accroître les effets positifs des directions communes sur les prises en charge peuvent être esquissées

2.2.1. Plusieurs pistes semblaient, en début d'analyse, pertinentes, mais ne méritent pas d'être retenues

Lors de la phase préparatoire de mon mémoire et de la réflexion sur les recommandations, plusieurs pistes d'amélioration visant à renforcer le rôle des directions communes et leurs effets sur les prises en charge m'avaient semblé pertinentes. Pour autant, au cours de mes recherches et des échanges avec mes interlocuteurs, il a semblé préférable de ne pas retenir certaines pistes.

PREMIER POINT DE VIGILANCE : engager les DGARS à user des moyens dont ils disposent pour encourager les directions communes sans pour autant renforcer de façon trop importante leur pouvoir

Le rapport IGAS de 2019 sur le GHT formule la préconisation suivante :

Recommandation n°3²⁸ Engager les directeurs généraux d'ARS à user des moyens dont ils disposent pour encourager les directions communes d'établissements parties au sein d'un GHT. Sur la base d'un inventaire conjoint des fusions possibles par les ARS et les GHT, définir par région une liste des établissements concernés et un calendrier de mise en œuvre

En première analyse, le contenu de cette recommandation me semblait faiblement contraignant. En effet, les moyens dont disposent les DGARS sont, certes, incitatifs, mais ils ne sont pas dotés de la force suffisante pour mettre en place des directions communes entre établissements publics de santé en cas de blocages. Or, les blocages (réticences des directeurs, de la communauté médicale ou des élus) empêchent les réorganisations hospitalières nécessaires à l'amélioration des prises en charge.

Les moyens des DGARS sont les suivants :

- mettre en avant le fait que les directeurs peuvent bénéficier d'une indemnité de direction commune. Conformément à l'Arrêté du 9 avril 2018 fixant les montants de l'indemnisation des périodes d'intérim et de l'indemnité de direction commune pour certains personnels de la fonction publique hospitalière et seulement en période

²⁸ BILAN D'ETAPE DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT), Claude DAGORN Dominique GIORGI Alain MEUNIER, Décembre 2019
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-034r_tome_i.pdf

d'intérim, les directeurs reçoivent des indemnités allant jusqu'à 580 € mensuel. Ce dispositif concerne aussi bien le directeur que les membres de la direction.

- inciter, en lien avec le Centre National de Gestion (CNG), à ne pas renommer un directeur sur un établissement et à mettre en place un intérim
- rappeler que les directeurs appartenant à une direction commune bénéficient d'une augmentation de +0,2 de leur prime de fonctions et de résultats (PFR)

Au regard de ces moyens limités, il m'avait semblé opportun d'imaginer de doter les ARS d'un pouvoir de « passer outre ». En effet, à l'instar des préfetures, qui en l'absence d'accord entre les communes, peuvent outrepasser leur volonté et mettre en place unilatéralement une communauté de communes, il aurait convenu de doter les ARS du pouvoir de mettre en place des directions communes.

Cette piste aurait permis de lever les principaux obstacles décrits plus-haut :

- Le blocage ou les réticences des directeurs dont les fonctions vont être modifiés.
- Le blocage ou les réticences de la communauté médicale.
- Le blocage ou les réticences des élus qui craignent de voir le poids de leur hôpital amoindri ou que les changements soulèvent du mécontentement.

Cette option semblait d'autant plus attrayante qu'elle permettrait de bénéficier de l'ensemble des effets positifs des directions communes sur les prises en charge. A titre d'illustration, une direction commune entre Argenteuil et Eaubonne permettrait une convergence des systèmes d'information et davantage de coopérations médicales ou médico-techniques à l'instar de la stérilisation qui pourrait être mutualisée.

Pour autant, cette piste poserait plusieurs difficultés :

- D'abord, elle nuirait à la démocratie sanitaire, entendue comme « *une démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation* »²⁹. En effet, les représentants des collectivités territoriales, ainsi que les professionnels de santé sont représentés au sein des conseils de surveillance et des autres organes de démocratie sanitaire, tels que les conseils territoriaux de santé³⁰. De façon plus générale, le passage en force ou le fait de passer outre entretient un climat de défiance et ne permet pas l'implication des professionnels

²⁹ Qu'est-ce que la démocratie sanitaire ? ARS, Octobre 2018

<https://www.ars.sante.fr/index.php/quest-ce-que-la-democratie-sanitaire-10>

³⁰ Conseils Territoriaux de Santé (CTS), ARS, Décembre 2016

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/index.php/conseils-territoriaux-de-sante-cts#:~:text=Conseils%20Territoriaux%20de%20Sant%C3%A9%20%28CTS%29%201%20Veille%20%C3%A0,%C5%93uvre%20du%20pacte%20territoire%20sant%C3%A9.%20More%20items...%20>

dans les projets. Bien qu'elle prenne davantage de temps, la consultation et l'acceptation sont indispensables à la réussite des projets.

- Ensuite, le renforcement du pouvoir des ARS ne garantit pas une amélioration automatique de l'offre de soins. L'administration dispose, certes, d'une expertise importante en matière de santé. Pour autant, les décisions davantage unilatérales peuvent omettre une partie des enjeux. A titre d'illustration, les communautés de communes ayant dû être créées par les préfets ne génèrent pas les effets attendus ni au regard des services rendus à la population, ni en ce qui concerne les économies attendues.
- Enfin et de façon plus pragmatique, il est peu probable que les parlementaires inscrivent dans la loi ce type de dispositif et renoncent à leur capacité à influencer et à se prononcer sur les réorganisations hospitalières.

En définitive, **un renforcement des prérogatives des ARS semble difficilement pouvoir être privilégié**. La recommandation de l'IGAS de poursuivre la multiplication de directions communes au travers d'incitations semble être la plus adaptée.

DEUXIEME POINT DE VIGILANCE : veiller à ne pas instaurer un cadre juridique contraignant en matière de direction commune

En début de rédaction de mémoire, cette option me semblait envisageable. En effet, les textes juridiques relatifs aux directions communes sont peu nombreux. **Le cadre juridique n'est pas clairement défini. Il garde notamment ouverte la possibilité de revenir en arrière après la mise en place d'une direction commune**. Cette réversibilité semblait être source d'insécurité juridique³¹.

En effet, les directions communes sont mises en place suite à l'approbation dans des termes identiques d'une convention par les conseils de surveillance des établissements concernés. Cette adoption s'effectue à la majorité des membres présents si le quorum est respecté, sauf exception. Il est dès lors imaginable que suite aux renouvellements des conseils de surveillance, notamment après les élections municipales et départementales, une majorité de membres d'un des conseils de surveillances décide de remettre en question la convention.

En pratique, **un seul cas de rupture d'une direction commune a été documenté**. Il s'agit du **CH de Chartres** qui avait mis en place une direction commune en janvier 2016 avec les CH de Châteaudun, Nogent-le-Rotrou et de La Loupe. En mai 2017, les conseils de

³¹ Brigitte de LARD-HUCHET. (2017, octobre). CONVENTIONS DE DIRECTION COMMUNE : FORMELLES ? SIMPLEMENT FORMELLES ? JurisSanté. <http://www.jurisante.fr/?p=4586>

surveillance des CH de Châteaudun, Nogent-le-Rotrou et de La Loupe ont pris la décision de cesser d'avoir une direction commune avec le CH de Chartres.

Cette fragilité juridique relève donc davantage de la théorie que de la pratique. Le cas de Chartres ne justifie pas de réviser les règles en vigueur en matière de direction commune. Au contraire, la capacité à revenir en arrière est un argument pouvant convaincre des élus réticents. Elle est également le signe que les conseils de surveillance demeurent compétents dans la vie de leur établissement.

TROISIEME POINT DE VIGILANCE : veiller à ne pas préconiser un modèle unique de direction commune

Un autre écueil à éviter en amont des recommandations est celui de préconiser un modèle unique de direction commune. Il serait facile de croire qu'une expérience réussie pourrait être aisément répliquée dans d'autres établissements. Comme évoqué dans la sous-partie 1.1., il existe de nombreuses conditions tant techniques que managériales et humaines à remplir afin d'avoir une direction commune efficace. Le contexte et l'histoire propre à chaque établissement doivent être pris en compte. C'est la raison pour laquelle, les directeurs d'hôpital doivent garder une latitude dans l'organisation interne de leur direction commune. De même, seuls les acteurs de terrain sont à même de déterminer le calendrier des réorganisations à conduire.

Il n'existe pas de modèle unique, fonctionnant dans l'ensemble des situations. Pour autant, il est possible de formuler des recommandations spécifiques au GHT NOVO, dont certaines peuvent servir pour d'autres établissements.

La gouvernance et l'organisation administrative du GHT NOVO peuvent être perfectionnées et ainsi accroître leur efficacité et effets bénéfiques sur les prises en charges

PROPOSITION 1 : METTRE EN PLACE UN COMITÉ STRATÉGIQUE MÉDICO-ADMINISTRATIF OU CONFORTER LE RÔLE DU DIRECTOIRE

OPTION A : Mettre en place un comité stratégique médico-administratif

OPTION A : Mettre en place un comité stratégique médico-administratif	
Objectif	Accroître la concertation médico-administrative
Actions à mettre en place	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les acteurs à impliquer dans le comité avec, a minima, les PCME des différents établissements et les directeurs • Identifier les sujets à aborder : l'ensemble des sujets stratégiques aussi bien médicaux d'administratifs de la direction commune • Identifier la fréquence des réunions : une fois par mois
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Moins formel et plus restreint que le directoire • Dimension territoriale alors que le directoire est local • Associe l'ensemble des PCME • Favorise l'adhésion des directeurs aux projets médicaux pouvant avoir une dimension territoriale
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de superposition par rapport au directoire • Risque d'avoir un caractère formel et non stratégique
Vecteur	Direction générale / PCME
Echéance	3 mois

OPTION B : Conforter le rôle du directoire (Recommandation issue du rapport Claris³²)

OPTION B : Conforter le rôle du directoire	
Objectif	Accroître la concertation médico-administrative
Actions à mettre en place (source : rapport Claris)	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser, dans le cadre d'échanges préalables avec les chefs de pôle, la possibilité pour les services de proposer des sujets à inscrire à l'ordre du jour ; • Conforter la pratique actuelle du consensus, garantissant l'adhésion de l'ensemble de la gouvernance ; • Diffuser à l'ensemble de l'encadrement hospitalier un relevé de conclusions synthétique du Directoire (Ex : La minute du Directoire).
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Renforce la concertation médico-administrative • Accroît le rôle des médecins dans la gouvernance de l'hôpital
Inconvénients/difficultés	<ul style="list-style-type: none"> • Le directoire regroupe des acteurs nombreux³³, ce qui réduit sa portée stratégique • Le directoire n'a pas toujours de portée territoriale
Vecteur	Direction générale / PCME
Echéance	3 mois

L'option A mérite d'être privilégiée, ce qui n'exclut pas la mise en place de l'option B. En effet, il est nécessaire d'adopter une gouvernance adaptée aux spécificités des directions communes, au premier rang desquels figure le fait que le directeur est le binôme de plusieurs PCME. Avec la mise en place d'un comité stratégique médico-administratif, il serait plus aisé de consulter en amont le corps médical. Ce comité pourrait avoir un rôle préfigurateur dans la perspective du renouvellement des projets médicaux partagés (PMP), dits de « deuxième génération » en 2021. Ces PMP se centreront sur les filières et les pôles de territoire. La direction commune devrait permettre de donner davantage de force à ce projet.

³² Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier CLARIS, Juin 2020, Ministère des Solidarités et de la Santé.

Lien : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_claris_version_finale.pdf

³³ Le directoire est composé de membres de droit (directeur président, PCME vice-président, président de la Commission de Soins infirmiers Rééducation et Médico Technique pour un CH), d'une part, et de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique, d'autre part. (**CSP Art. L. 6143-7-5**). Lien : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_HPST_-_le_directoire.pdf

PROPOSITION 2 : RENFORCER LE RÔLE DES DIRECTEURS RÉFÉRENTS DE PÔLE

PROPOSITION 2 : RENFORCER LE RÔLE DES DIRECTEURS RÉFÉRENTS DE PÔLE	
Objectif	Mieux accompagner et fluidifier administrativement les prises en charge
Actions à mettre en place	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les pôles pour lesquels le rôle et la présence du directeur référent de pôle doivent être renforcés, par exemple pour le pôle soins intensifs • Envisager de mettre en place davantage de pôles de territoire (à ce stade, il y a 2 pôles de territoire sur le GHT NOVO : pôle Biologie/Imagerie/Pharmacie/Pathologie et pôle Chirurgie • Réfléchir à la création d'un nouveau pôle médico-social
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Favorise la bonne mise en place des projets contribuant à améliorer les prises en charge • Renforce la dimension territoriale des prises en charge • Fluidifie les interactions entre soignants
Inconvénients/difficultés	
Vecteur	Direction générale, en lien avec les chefs et cadres de pôle
Echéance	6 mois

Renforcer le rôle des directeurs référents de pôle permet de fluidifier la mise en place des décisions relatives aux soins. A titre d'illustration, durant la période COVID, la directrice référente du pôle psychiatrique a contribué à l'instauration d'une unité sas COVID en psychiatrie dans le respect des recommandations en vigueur. **L'appui administratif des directeurs est un facteur d'amélioration des prises en charge.**

PROPOSITION 3 : RENFORCER L'ORGANISATION EN PÔLE DE LA DIRECTION COMMUNE

Il existe différents niveaux dans l'organisation de la direction commune. La première étape est la mise en place d'un directeur commun. Dans certains cas, comme pour le GHT NOVO, l'ensemble des directeurs deviennent communs. Dans un deuxième temps, il convient de structurer la direction commune qui rassemble davantage de directeurs. L'organigramme doit être adapté. Dans cette hypothèse, il peut être intéressant de regrouper différents directeurs autour de pôle au sein de la direction commune. Dans le cas du GHT NOVO, deux pôles ont été constitués :

- Le **pôle stratégie financière et appui à la performance** composé de la direction de la performance, de la direction des finances et du département d'information médicale
- Le **pôle investissement, ressources matérielles et systèmes d'information** composé de la direction du patrimoine et des investissements immobiliers, de la direction des systèmes d'information et de l'ingénierie biomédicale et de la direction des achats et de la logistique

Pour autant, certaines directions ne sont pas regroupées autour de pôles ou n'ont pas de directeur chargé de la coordination du pôle. Par exemple, les directions des ressources humaines, des soins et des affaires médicales pourraient être regroupées sous un **pôle organisations paramédicales et développement des ressources humaines** avec un directeur responsable de la coordination du pôle.

La mise en place de pôles regroupant plusieurs directions présente l'avantage de faciliter la coordination entre les directions appelées à travailler le plus ensemble. Le rôle du directeur responsable de la coordination du pôle n'est pas d'être le chef des autres directeurs de son pôle, mais de s'assurer que l'ensemble des projets ayant trait au pôle aient été discutés au sein du pôle avant présentation en comité de direction. A titre d'exemple, le pôle regroupant la direction du patrimoine et des investissements immobiliers, de la direction des systèmes d'information et de l'ingénierie biomédicale et de la direction des achats et de la logistique permet de discuter de projets de travaux dans lesquels doivent intervenir des équipes de ces trois directions. La bonne mise en place de ces projets contribue, *in fine*, au fonctionnement efficace de l'hôpital et à la qualité des prises en charge.

PROPOSITION 3 : RENFORCER L'ORGANISATION EN PÔLE DE LA DIRECTION COMMUNE

Objectif	Accroître l'efficacité de la direction commune
Actions à mettre en place	<ul style="list-style-type: none">• Réfléchir à la mise en place, au sein du GHT NOVO, d'un nouveau pôle Ressources humaines et à un directeur pouvant assurer sa coordination. Plus globalement, cette réflexion pourrait conduire à fusionner, à terme, la direction des ressources humaines et la direction des affaires médicales.
Avantages	<ul style="list-style-type: none">• Facilite le travail entre directeurs et des gains de temps et d'efficience dans la mise en place des projets• Dynamise la direction commune
Inconvénients/difficultés	<ul style="list-style-type: none">• En pratique, bien que le directeur responsable de la coordination du pôle ne soit pas le supérieur hiérarchique de ses collègues, il peut y avoir des réticences à la mise en place de ces pôles.
Vecteur	Direction générale
Echéance	6 mois

PROPOSITION 4 : DONNER UNE DIMENSION GHT A DAVANTAGE D'AGENTS

Etendre la logique de la direction commune à davantage d'agents administratifs, c'est-à-dire que les attachés/ingénieurs/techniciens aient, dans la mesure du possible, une dimension GHT et transversale.

PROPOSITION 4 : DONNER UNE DIMENSION GHT A DAVANTAGE D'AGENTS	
Objectif	Décliner la logique de la direction commune aux équipes sur le terrain
Actions à mettre en place	<ul style="list-style-type: none">• Identifier les agents pouvant avoir une dimension territoriale. Par exemple, les ingénieurs bio-médicaux pourraient être spécialisés par type de matériel sur l'ensemble du GHT.• Diffuser la logique territoriale aux agents et les accompagner pour la mettre en œuvre
Avantages	<ul style="list-style-type: none">• Améliore le fonctionnement de la direction commune• Accroît le nombre d'acteurs impliqués sur tout le territoire, ce qui favorise une vision d'ensemble des prises en charge
Inconvénients/difficultés	<ul style="list-style-type: none">• Il n'est pas aisé de faire monter en compétences des agents, y compris de catégorie A, et de les faire travailler sur plusieurs sites• Statutairement et en l'absence de fusion, les agents exercent leurs fonctions sur leur établissement de rattachement
Vecteur	<ul style="list-style-type: none">• Impulsion : direction générale• Mise en place : directions fonctionnelles
Echéance	2 ans

2.2.2. Continuer de renforcer le sentiment d'appartenance et la logique de groupe

PROPOSITION 5 : RENFORCER LE SENTIMENT D'APPARETENANCE AU GHT NOVO

PROPOSITION 5 : RENFORCER LE SENTIMENT D'APPARETENANCE AU GHT NOVO	
Objectif	Accroître l'engagement des professionnels et les échanges fructueux
Actions à mettre en place	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre l'organisation des assemblées générales au travers desquelles le directeur se rend deux fois par an dans l'ensemble des sites de la direction commune • Renforcer la communication interne. Le développement des outils audiovisuels va en ce sens, de même que le journal interne « Quoi de NOVO ? » • Faire circuler davantage l'information au sein de la direction commune afin de mieux contribuer à l'application des recommandations sanitaires. Par exemple : conserver une trace écrite des réunions importantes (COCOR/CODIR/réunions ARS) et diffuser les comptes rendus aux directeurs absents. • Adopter des éléments de langage non financiers pour motiver les équipes autour de projets communs améliorant les prises en charge
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite l'engagement des professionnels • Renforce l'attractivité des établissements et par conséquent l'attractivité médicale et para-médicale, ce qui contribue au maintien et à la qualité des prises en charge • Limite les réticences face aux nouveaux projets de territoire
Inconvénients/difficultés	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de gommer des spécificités locales et de mécontenter certains agents
Vecteur	Direction générale et direction de la communication
Echéance	Travail continu

2.2.3. Accroître les coopérations inter-établissements

PROPOSITION 6 : DEVELOPPER LES PARCOURS DE SOINS ET DE NOUVELLES COOPERATIONS

Aller plus loin dans le développement des parcours de soins et des coopérations existantes. Aujourd'hui, ces parcours sont encore l'exception davantage que la règle.

PROPOSITION 6 : DEVELOPPER LES PARCOURS DE SOINS ET DE NOUVELLES COOPERATIONS	
Objectif	Améliorer les prises en charge et donner corps à la direction commune
Actions à mettre en place	<ul style="list-style-type: none">• S'appuyer sur la mise en place d'une gouvernance médico-administrative de territoire pour identifier et soutenir les projets fluidifiant le parcours des patients. Par exemple, multiplier les consultations avancées et les équipes de territoire.• Augmenter le nombre de pôles de territoire (se référer à la proposition n°2).
Avantages	<ul style="list-style-type: none">• Permet de maintenir la présence de spécialités dans des hôpitaux dits « de proximité »• Contribue à améliorer et à harmoniser les pratiques professionnelles
Inconvénients/difficultés	<ul style="list-style-type: none">• L'harmonisation des pratiques professionnelles est chronophage• Réticence de certains médecins à s'incorporer à une équipe plus grande
Vecteur	Direction générale, PCME, directions des soins, direction de la performance
Echéance	Travail continu

PROPOSITION 7 : ADOPTER DE NOUVEAUX OUTILS QUALITÉ COMMUNS

A court terme, continuer à harmoniser les procédures et les outils.

A moyen/long termes, accroître le développement d'outils qualité communs au niveau du GHT sera facilitant dans la perspective d'une certification GHT ou d'une fusion des établissements.

PROPOSITION 7 : ADOPTER DE NOUVEAUX OUTILS QUALITÉ COMMUNS

Objectif	Harmoniser les standards de prises en charge
Actions à mettre en place	<ul style="list-style-type: none">• Déployer davantage de patients-traceurs de territoire• Mettre en place une méthodologie unique de cartographie des risques et une politique unique d'audit processus• Etablir une charte commune sur le fonctionnement des retours d'expérience• Elaborer un plan blanc de territoire et un plan risques épidémiques de territoire
Avantages	<ul style="list-style-type: none">• L'harmonisation des outils et standards permet un nivellement par le haut des pratiques• La mise en commun d'outils évite les redondances dans le travail• L'harmonisation de la politique qualité améliore les prises en charge sur l'ensemble des établissements
Inconvénients/difficultés	<ul style="list-style-type: none">• Ces outils doivent prendre en compte la diversité des problématiques des sites• L'adoption d'outils communs peut être plus chronophage
Vecteur	Direction de la qualité et des affaires médicales, direction des soins
Echéance	6 mois (avant les certifications en 2021)

2.2.4. Aller vers une fusion des établissements du GHT NOVO

D'après le rapport IGAS (2012) : « *La mise en place d'une direction commune à deux établissements peut constituer une première étape, préalable à la fusion* ». ³⁴ Pour autant, la direction commune ne précède pas toujours la fusion. Des établissements non dotés d'une direction commune peuvent fusionner. Par ailleurs, la direction commune peut être le point d'aboutissement de coopérations hospitalières n'ayant pas vocation à aller jusqu'à la fusion.

Toutefois, la direction commune peut contribuer à tendre vers une fusion. Dans le cas du GHT NOVO, il existe désormais de multiples coopérations entre les établissements. La

³⁴ Rapport IGAS, mars 2012, Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? Dr Françoise LALANDE, Claire SCOTTON, Pierre-Yves BOCQUET, Jean-Louis BONNET <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-020P.pdf>

fusion serait une façon de matérialiser la forte intégration liée à l'existence d'une direction commune.

Cette fusion présenterait plusieurs avantages par rapport à la situation actuelle et serait source d'amélioration des prises en charge.

D'abord, une fusion **réduirait, à moyen terme, le temps de travail lié aux démarches administratives**, ce qui libérerait du temps aux directeurs et autres professionnels. Ils pourraient alors **se concentrer sur d'autres projets, dont ceux se répercutant directement sur les prises en charge**. A titre d'illustration, aujourd'hui, il est très chronophage pour la direction des finances de rédiger trois comptes financiers, trois atterrissages et trois EPRD. De même, pour la direction des ressources humaines et pour la direction des affaires médicales qui doivent régulièrement conclure des conventions avec elles-mêmes. Ainsi, l'exercice partagé des médecins pourrait être mis en place encore plus rapidement.

Ensuite, la fusion permettrait de muter l'ensemble des agents sur une entité juridique unique et ils pourraient, dès lors, **exercer sur l'ensemble des sites** de la nouvelle structure.

Enfin, la fusion pourrait **renforcer la visibilité des établissements du GHT NOVO**. Les postes ouverts aux praticiens hospitaliers seraient publiés en une fois par le Centre National de Gestion (CNG).

Pour autant, il convient de souligner plusieurs points de vigilance :

- Le terme de « fusion » a tendance à effrayer les interlocuteurs. Dans les faits, une fusion n'implique pas de fermeture de site. Des éléments de langage précis devront être adoptés
- Il est nécessaire de préserver des instances représentant des problématiques locales pour ne pas mettre de côté les problèmes de moindre taille par rapport aux autres. A l'instar de l'AP-HP qui est une seule entité juridique, il semble loisible de conserver des CME ou des instances paritaires locales.
- Il est important de ne pas perdre la finesse du suivi des prises en charge site par site en adaptant les outils de contrôle, de reporting et d'analyse.
- Enfin, il conviendra d'accompagner l'ensemble des agents pouvant être concernés par la fusion. De façon plus large, une explication de la démarche devra être faite à l'attention de tous les agents.

Conclusion

« Tout seul on va plus vite, ensemble, on va plus loin ». Ce dicton populaire illustre la logique générale qui sous-tend la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et plus précisément des directions communes. Certes, mener des projets impliquant divers acteurs peut s'avérer chronophage, voire complexe. Pour autant, en prenant en compte davantage d'enjeux, la direction commune semble permettre d'aller plus loin. Elle est un **facilitateur de projets au service des soins**.

Néanmoins, **la direction commune ne constitue pas une fin mais un moyen**. Pour un être un moyen utile améliorant les prises en charge, elle doit respecter plusieurs conditions : des **critères techniques** (avec un éloignement géographique et un nombre de sites modérés, ainsi qu'une offre de soins pouvant être complémentaire ou être amenée à la devenir) et des **critères ayant trait à l'humain et au management** (conduite du changement méthodique, maîtrise de la communication, recomposition de la gouvernance, entre autres). **Mieux ces conditions sont remplies, mieux la direction commune contribue à améliorer les prises en charges**.

La direction commune du GHT NOVO semble remplir l'essentiel de ces conditions, ce qui explique que l'offre de soins y ait été fortement modifiée et améliorée. La direction commune génère des effets bénéfiques sur la prise en charge tant en matière d'**attractivité médicale** que de **qualité des soins** et d'**amélioration des équipements**.

En période de crise sanitaire, ces effets ont été particulièrement forts, ce qui illustre l'efficacité de la direction commune. D'ailleurs, le GHT NOVO jouit d'une reconnaissance forte à l'échelle nationale puisque le président de CME du CH de Pontoise a été choisi parmi les trois soignants pour représenter la communauté hospitalière à bord de la Patrouille de France lors du **défilé du 14 juillet 2020**³⁵.

Pour autant, la direction commune doit veiller à préserver plusieurs équilibres, conserver toute son efficacité notamment pour converger vers une identité commune tout en préservant des spécificités locales et répondre aux grandes problématiques du système de santé sans délaisser les problèmes du quotidien.

Parmi les recommandations ayant été formulées, une d'entre elles mérite d'être soulignée : la convergence vers une identité commune propre à la direction commune et par extension au GHT. Il s'agit de donner du sens au projet du service public hospitalier à l'échelle d'un territoire.

³⁵ Boucher, A. (2020, 13 juillet). Défilé du 14 Juillet : Edouard, infectiologue à Pontoise, « veut porter la mémoire des malades ». Le Parisien. <https://www.leparisien.fr/val-d-oise-95/defile-du-14-juillet-edouard-infectiologue-a-pontoise-veut-porter-la-memoire-des-malades-13-07-2020-8352276.php>

Bibliographie

Ouvrages

Kotter, J. (2015). Conduire le changement : Feuille de route en 8 étapes (VILLAGE MONDIAL) (French Edition). Pearson.

Olson, M. (2018). Logique de l'action collective. 2e tirage (Ublire) (French Edition). UNIV BRUXELLES.

Guides et rapports

RAPPORT AU PARLEMENT SUR LES RECOMPOSITIONS HOSPITALIERES 2017, Direction générale de l'Offre de soins

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_sur_les_recompositions_de_l_offre_hospitaliere_-_edition_2017.pdf

Guide du Ministère de la Santé sur les Conseils de surveillance

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_conseil_de_surveillance-4.pdf

COVID-19 : pistes de réflexions pour adapter les organisations face à la permanence du risque, EHESP Conseil, juin 2020

<http://www.ehespconseil.fr/covid-19-pistes-de-reflexions-pour-adapter-les-organisations-a-la-permanence-du-risque/>

BILAN D'ETAPE DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT), Claude DAGORN Dominique GIORGI Alain MEUNIER, Décembre 2019

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-034r_tome_i_.pdf

Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier CLARIS, Juin 2020, Ministère des Solidarités et de la Santé.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_claris_version_finale.pdf

Ministère de la Santé, Fiche pédagogique HPST, Le directoire

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_HPST_-_le_directoire.pdf

Rapport IGAS, mars 2012, Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? Dr Françoise LALANDE, Claire SCOTTON, Pierre-Yves BOCQUET, Jean-Louis BONNET

<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-020P.pdf>

Sites internet et articles

Pour tous les textes juridiques : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

GHT Brocéliande Atlantique

<http://www.ch-bretagne-atlantique.fr/actualites-23/mise-en-oeuvre-de-la-direction-commune-259.html?cHash=235a0d881f8c73353954062da86480a5>

GHT de la Loire

<http://www.ghtloire.fr/>

CH d'Ardèche-Nord <https://ch-ardeche-nord.fr/ch-hors-les-murs/>

CH d'Argenteuil <https://www.ch-argenteuil.fr/hopital/les-chiffres-de-lactivite/>

CH d'Eaubonne <https://www.hopital-simoneveil.fr/centre-hospitalier-simone-veil/chiffres-cles/>

Ladepeche (2018, 29 mars). Hopitaux : le management médical « en danger », selon des représentants médicaux. ladepeche.fr.

<https://www.ladepeche.fr/article/2018/03/29/2769620-hopitaux-le-management-medical-en-danger-selon-des-representants-medicaux.html>

Mettez en oeuvre les 8 étapes du changement de Kotter. (2020). Manager GO !

<https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/8-etapes-du-changement-de-kotter.htm>

L'évaluation positive, Jean-François Principiano

<https://www.slideserve.com/avari/l-valuation-positive-conf-rence-de-jean-fran-ois-principiano-powerpoint-ppt-presentation>

La communauté hospitalière de territoire (CHT), Ministère des Solidarités et de la santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/la-communaute-hospitaliere-de-territoire-ght#:~:text=La%20communaut%C3%A9%20hospitali%C3%A8re%20de%20territoire%20%28CHT%29%20est%20une,commune%20et%20de%20g%C3%A9rer%20en%20commun%20certaines%20fonctions.>

La chirurgie ambulatoire, Ministère des Solidarités et de la Santé,

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/la-chirurgie-ambulatoire>

Qu'est-ce que la démocratie sanitaire ? ARS, Octobre 2018

<https://www.ars.sante.fr/index.php/quest-ce-que-la-democratie-sanitaire-10>

Conseils Territoriaux de Santé (CTS), ARS, Décembre 2016

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/index.php/conseils-territoriaux-de-sante-cts#:~:text=Conseils%20Territoriaux%20de%20Sant%C3%A9%20%28CTS%29%201%20Veille%20%C3%A0,%C5%93uvre%20du%20pacte%20territoire%20sant%C3%A9.%20More%20items...%20>

Brigitte de LARD-HUCHET. (2017, octobre). CONVENTIONS DE DIRECTION COMMUNE : FORMELLES ? SIMPLEMENT FORMELLES ? JurisSanté.

<http://www.jurisante.fr/?p=4586>

Boucher, A. (2020, 13 juillet). Défilé du 14 Juillet : Edouard, infectiologue à Pontoise, « veut porter la mémoire des malades ». Le Parisien. <https://www.leparisien.fr/val-d-oise-95/defile-du-14-juillet-edouard-infectiologue-a-pontoise-veut-porter-la-memoire-des-malades-13-07-2020-8352276.php>

Vidéo

Lci, L. R. (2020, 9 juin). VIDEO - Marcher, respirer, tenir un stylo... rescapés du Covid, ils doivent tout réapprendre. LCI. <https://www.lci.fr/sante/video-marcher-respirer-tenir-un-stylo-rescapes-du-covid-reanimation-ils-doivent-tout-reapprendre-2156063.html>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Tableau de suivi des entretiens réalisés dans le cadre du mémoire

ANNEXE 2 : Article 19 de la convention constitutive du GHT NOVO faisant mention de la direction commune

ANNEXE 3 : Photo de la patrouille de France survolant le CH de Pontoise / GHT NOVO en remerciement de l'engagement de l'ensemble du personnel hospitalier durant la crise sanitaire liée au Covid-19

ANNEXE 1 : Tableau de suivi des entretiens réalisés dans le cadre du mémoire

TABLEAU DE SUIVI DES ENTRETIENS REALISES			
Date entretien	Personne	Structure	Fonctions
Mai	Richard ROUXEL	EHESP	Responsable filière directeur d'hôpital
Juin + Août	Hubert JASPARD	Hospi Grand Ouest	DGA
Juin + Août	Floriane RIVIERE	GHT NOVO	Adjointe au Directeur
Juin + Août	Mathieu REBAUDIERES	GHT NOVO	Directeur de la performance
Juin + Août	Viviane HUMBERT	GHT NOVO	Directrice affaires médicales et qualité
Juillet	Alexandre AUBERT	GHT NOVO	Directeur
Juillet	Dominique CHAMPENOIS	GHT NOVO	Coordinatrice générale des soins
Juillet	Sophie BRUN	GHT NOVO	Directrice du pôle finances/performance
Juillet	Anne-Laure DE FOUCAULT	GHT NOVO	Directrice des achats/logistique
Juillet	Fabienne VIGUERARD / Flora ROUILLY	GHT NOVO	Directrice des soins GHCPD / cadre sup GHCPD
Juillet	Bruno PHILIPPE	GHT NOVO	Pneumologue
Juillet	Jean-Paul DABAS	GHT NOVO	PCME GHIV
Juillet	Alain MEUNIER	IGAS	Inspecteur générale
Juillet	Joséphine DELVAL-LESEUR	CH Versailles	Secrétaire générale
Août	Bruno KERHUEL	CH Argenteuil	Directeur adjoint clientèle/performance
Août	Frédéric JAMBON	CMJPA Bouffémont	Directeur
Août	Nathalie COTTIN	GHT NOVO	Adjointe à la directrice des soins GHIV

Août	Rudy CARRE	GHT NOVO	Ingénieur qualité CHRD
Août	Anne-Lise LEMOINE	GHT NOVO	Directrice des systèmes d'information
Septembre	Clémence MAINPIN	Ministère Solidarités/Santé	Chef de mission GHT

ANNEXE 2 : Article 19 de la convention constitutive du GHT NOVO faisant mention de la direction commune

Article 19 : Le Directeur du GHT La direction commune est assurée par un Directeur, nommé par arrêté du Directeur du Centre National de Gestion, après avis du Directeur général de l'ARS et des Présidents de Conseil de surveillance de chacun des établissements. Il assure, assisté par une équipe de direction commune aux trois établissements, l'ensemble des missions qui lui sont confiées réglementairement (article L6143-7 du code de la santé publique). Il conduit la politique générale des trois établissements et représente les trois établissements dans tous les actes de la vie civile et agit en justice en leurs noms. Il est compétent pour régler les affaires des 3 établissements dans la limite des compétences dévolues aux directoires et aux conseils de surveillance des établissements. Il coordonne les instances du GHT et veille à leur bon fonctionnement. Il veille enfin au respect des EPRD des 3 établissements. Il s'assure du respect et des modalités de mise en place d'un dialogue social au sein du GHT et veille au bon fonctionnement de la conférence territoriale de dialogue social et au maintien d'un espace d'expression pour les partenaires sociaux. Le Directeur arrête un organigramme de la direction commune, sur les bases du projet de gestion du GHT. Pour la réalisation de ses missions, il s'appuie sur les équipes de l'ensemble des établissements parties au groupement, selon les modalités déterminées dans le cadre du projet de gestion du GHT.

Plus spécifiquement, le Directeur du GHT organise les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement : - La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement ; - La gestion d'un département de l'information médicale de territoire ; - La fonction achats ; - La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement ; - La gestion des plans de formation continue et du développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement ;

Une politique qualité de groupe sera déclinée sur les 3 établissements, dans la perspective du compte qualité commun d'ici 2020. Le Directeur du GHT organise, pour le compte des établissements parties au groupement, des équipes médicales communes et la mise en place, le cas échéant, de pôles inter-établissements.

Le projet de gestion précisera autant que de besoin, les modalités de gestion territoriale des activités administratives, logistiques, techniques au sein du GHT. Il entrera en vigueur à compter du 1er janvier 2017.

ANNEXE 3 : Photo de la Patrouille de France survolant le CH de Pontoise / GHT NOVO en remerciement de l'engagement de l'ensemble du personnel hospitalier durant la crise sanitaire liée au Covid-19



CHABAGNO	Faustin	Octobre 2020
<p>Directeur d'hôpital Promotion 2019-2020</p>		
<p>La mise en place d'une direction commune : quels effets sur les prises en charge ? L'exemple réussi de la direction commune du GHT NOVO</p>		
<p>PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP</p>		
<p>Résumé :</p> <p>La direction commune facilite la mise en place de projets en faveur de l'amélioration des soins. Pour autant, il existe une variété de directions communes. Afin que la direction commune puisse produire des effets bénéfiques sur les prises en charge, il est nécessaire qu'elle respecte un certain nombre de conditions aussi bien techniques qu'ayant trait aux relations humaines.</p> <p>Le GHT NOVO respecte ces conditions et génère, <i>de facto</i>, des effets bénéfiques sur les prises en charge (création de parcours de soins et réorganisations territoriales de l'offre de soins ; renforcement de l'attractivité médicale et de la politique qualité ; amélioration et mutualisation des équipements matériels et immatériels, entre autres). En période de crise sanitaire, la direction commune a joué un rôle accru de facilitateur et ses effets positifs ont été décuplés.</p> <p>La réussite de la direction commune du GHT NOVO ne signifie pas, pour autant, que l'ensemble des défis ait été relevé. Il convient toujours de converger vers une identité commune tout en prenant en compte des spécificités locales, ainsi que de poursuivre une gestion à l'échelle du territoire sans délaissier les problèmes du quotidien, facilement perceptibles par les agents.</p> <p>Plusieurs recommandations opérationnelles ont été esquissées. Elles visent à mettre en place une gouvernance davantage médico-administrative, à structurer encore davantage la direction commune et à renforcer l'identité commune. De même, les coopérations inter-établissements peuvent être développées. A terme, une fusion des établissements du GHT permettrait de simplifier la gestion et de se centrer davantage sur les projets soignants.</p>		
<p>Mots clés : Direction commune ; prises en charge ; GHT ; conditions à respecter ; qualité ; offre de soins ; convergence des outils ; équilibres à préserver ; identité commune ; coopérations renforcées</p>		
<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></p>		