



EHESP

Elève directeur d'hôpital

Promotion : **2020 - 2021**

Date du Jury : **Octobre 2021**

**La direction commune au service de
l'innovation organisationnelle :
co-construction institutionnelle et
stratégie médico-soignante**

**Exemple des centres hospitaliers :
Arpajon et Sud Francilien (Evry-Corbeil)**

Loïs GIRAUD

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à **Gilles Calmes**, mon maître de stage, directeur du Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF) et du Centre Hospitalier d'Arpajon (CHA), pour sa confiance, sa disponibilité, ses conseils avisés et tout le soin qu'il a placé pour m'offrir un environnement de travail idéal.

Je remercie particulièrement **Benoit Fraslin**, mon encadrant de mémoire, directeur du Centre Hospitalier Sud Seine-et-Marne, pour son encadrement bienveillant et la sincérité de ses partages d'expérience.

Un grand merci également à toute **l'équipe de la direction commune** du CHA et du CHSF et à **tout le personnel** des deux établissements pour leur accueil et la richesse de nos échanges.

Enfin, je remercie toutes **les personnes qui ont participé aux entretiens** (voir annexe 1). Elles m'ont donné toute la matière pour mener à bien mon travail.

Sommaire

Introduction.....	1
1 La direction commune est une forme de coopération souple dans un contexte de moyens contraints	9
1.1 La direction commune répond initialement à un triple objectif.....	9
1.1.1. A l'échelle nationale : rendre plus efficient le service public hospitalier.....	9
1.1.2. A l'échelle territoriale : améliorer la qualité de la prise en charge des besoins de santé du territoire en misant sur la coopération et la souplesse pour s'adapter.....	10
1.1.3. A l'échelle locale : faire émerger des établissements plus forts.....	12
1.2 La direction commune mobilise des leviers stratégiques.....	14
1.2.1 Des fonctions et compétences partagées dans un organigramme commun	14
1.2.2 Des filières de soins à bâtir par les communautés médicales et soignantes.....	17
1.2.3 Une communication (interne et externe) à développer et des instances à partager .	19
2 La mise en œuvre d'une direction commune peut être source d'innovation organisationnelle à condition de conduire des démarches participatives et d'adopter une stratégie médico-soignante .	22
2.1 La direction commune est porteuse de difficultés structurelles qui peuvent entraver les processus d'innovation	22
2.1.1 L'innovation ne se décrète pas mais certaines conditions lui sont favorables	22
2.1.2 Des lourdeurs institutionnelles qui ne favorisent ni la souplesse ni la réactivité	24
2.1.3 La difficile construction d'une identité commune.....	26
2.2 Malgré ces contraintes, la direction commune offre un cadre propice aux innovations organisationnelles lorsque celles-ci s'inscrivent dans une stratégie médico-soignante co-construite institutionnellement	29
2.2.1 De nouvelles façons de manager pour une meilleure conduite de l'innovation.....	30
2.2.2 Une stratégie médico-soignante soutenue et accompagnée par la direction au profit des filières de soins sur le territoire	37
Conclusion	43
Bibliographie.....	45
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHA : Centre Hospitalier d'Arpajon
CHSF : Centre Hospitalier Sud Francilien
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CSIRMT : Commissions de Soins Infirmiers Rééducation et Médico Technique
DAF : Direction des Affaires Financières
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM : Département de l'Information Médicale
DOP : Direction des Opérations
DSI : Direction des Systèmes d'Information
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FMIH : Fédérations Médicales Inter-Hospitalières
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GIP : Groupement d'Intérêt Public
GIE : Groupement d'Intérêt Economique
HAD : Hospitalisation A Domicile
PCME : Président(e) de la Commission Médicale d'Etablissement
RH : Ressources Humaines
RSE : Responsabilité Sociale et Environnementale
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USC : Unité de Surveillance Continue
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

« Aucun homme n'est une île, un tout, complet en soi ; tout homme est un fragment du continent, une partie de l'ensemble » écrivait le poète anglais John Donne pour exprimer les liens indéfectibles qui unissent le genre humain. **Face aux défis sanitaires, démographique et économiques** auxquels ils sont collectivement confrontés, les établissements de santé sont, depuis quelques années, incités à quitter leurs îles pour envisager leur engagement à l'échelle d'un continent : **leur territoire**. En effet, **les besoins de santé de la population comme les contraintes budgétaires les invitent à innover pour proposer de nouvelles organisations.**

En Essonne, un témoin raconte : « **Faire vivre en autonomie un établissement de la taille du Centre Hospitalier d'Arpajon (CHA) était devenu quasiment impossible** dans les années 2010. Dès 2015, à la suite du non renouvellement de l'autorisation de réanimation au CHA, s'est profilée l'idée d'un rapprochement nécessaire et bénéfique avec le Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF). Dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) établi en 2016, de nombreuses Fédérations Médicales Inter-Hospitalières (FMIH) ont été créées et mises en œuvre entre les deux établissements. La nomination du directeur du CHA en 2019 sur une autre structure et les difficultés d'attractivité médicale ont conduit l'Agence Régionale de Santé (ARS) à proposer au CHA une direction commune avec le CHSF. Malgré les oppositions de l'établissement concerné, l'ARS a tenu bon et le volontarisme de la direction du CHSF a permis de **réussir au bout de deux ans le challenge.** »

Avant de détailler les enjeux de cette **direction commune initiée au 1^{er} janvier 2020**, une présentation des protagonistes s'impose (voir annexe 2 présentant leur implantation territoriale).

Le CHA est un établissement public de santé implanté sur deux sites : la commune d'Arpajon pour les activités de court séjour, de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de pédiatrie, d'urgences et la commune d'Égly pour les soins de suite, les soins palliatifs et les soins de longue durée. Il comprend 166 lits de court séjour auxquels s'ajoutent 10 lits de chirurgie ambulatoire, 6 de néonatalogie et 10 de soins palliatifs ; 9 places de jour ; 45 lits de soins de suite et 10 places ; et 50 lits de longue durée. C'est un établissement de proximité dont la zone d'attraction couvre une population de 220 000 habitants. Le CHA a une activité diversifiée comportant un pôle Urgences-SMUR-UHCD-USC-Anesthésie ; un pôle mère-

enfant autour d'une maternité réalisant plus de 1400 accouchements par an ; un pôle médecine disposant d'un hôpital de semaine et d'un hôpital de jour d'oncologie, l'établissement étant site associé avec le CHSF pour les chimiothérapies ; un pôle chirurgie en orthopédie, chirurgie digestive, gynécologie, urologie, ORL et stomatologie ; un pôle gériatrie disposant d'équipes mobiles en gériatrie et soins palliatifs, ainsi que d'une unité de soins palliatifs, d'une USLD, d'un SSR, d'un hôpital de jour, d'un accueil de jour Alzheimer et de deux EHPAD ; un laboratoire polyvalent, un service d'imagerie avec scanner, une pharmacie à usage intérieur. Doté d'un budget de 64 millions d'euros en 2020, le CHA emploie environ 800 agents. En 2019, il a réalisé près de 129 000 journées d'hospitalisation, 4100 interventions chirurgicales et 43 000 passages aux urgences.

Le CHSF est issu de la fusion des hôpitaux de Corbeil-Essonnes et d'Évry-Courcouronnes. Depuis 2012 et l'inauguration de ses nouveaux locaux, son activité a augmenté de 40%. En 2019, il a assuré plus de 84 000 séjours hospitaliers, 103 000 passages aux urgences, et 12 000 interventions chirurgicales. Il remplit des missions de proximité et de recours au sud de l'Ile-de-France, dans une quarantaine de spécialités dont trois à caractère hospitalo-universitaire, avec une offre de soins large en médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie. Son budget est de 390 millions d'euros et ses effectifs atteignent 4 000 agents. Il comprend 1 041 lits et places dont 522 lits en médecine, 106 lits en chirurgie, 84 lits en obstétrique, 173 lits en psychiatrie, 72 lits en soins de suite et de réadaptation et 84 places d'EHPAD. Classé centre périnatal de type III, il est aussi le siège du SAMU 91. Il constitue également l'un des trois centres de référence dans l'Essonne, pour la permanence des soins en chirurgie viscérale et orthopédique. Il couvre 4 secteurs et un inter secteur de psychiatrie de l'Essonne. Il assure la couverture sanitaire d'une population de 800 000 habitants. Le CHSF est l'établissement support du GHT Ile de France Sud (CHSF /CH d'Arpajon / CH Sud Essonne).

La direction commune constitue un regroupement d'établissements publics de santé qui peut également inclure des établissements sociaux et médico-sociaux. Il s'agit d'une **coopération dite fonctionnelle** car elle n'entraîne pas la création de nouvelle entité juridique, à l'inverse des coopérations institutionnelles. **Le CHSF et le CHA conservent donc leur autonomie juridique** : chacun dispose de son propre budget, de son projet d'établissement dont le projet médical ainsi que de ses propres instances représentatives. La direction commune est établie après « délibération identique des conseils d'administration ou de surveillance » des établissements parties (Article 4 du décret n°2005-920 du 2 août 2005) et donne lieu à la signature d'une **convention** (Annexe 3). La nomination d'un

directeur commun aux établissements parties par le Centre National de Gestion puis d'une équipe de direction commune achève le processus. La direction commune peut ultérieurement être dénoncée par délibération d'un conseil de surveillance de l'un des établissements. Conçue sous la forme contractuelle, la direction commune offre **une grande souplesse** qui autorise les établissements membres à définir eux-mêmes les fonctions mutualisées et l'organigramme qui en découle.

Ce mode de coopération s'inscrit dans la **dynamique de territorialisation de l'offre de santé**, véritable mantra des politiques publiques, initié par la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, dite loi Boulin, qui instituait la carte sanitaire, et poursuivi par les législations suivantes. Ainsi la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, dite loi Évin, qui crée les schémas d'organisation sanitaire et introduit la possibilité pour les établissements de s'engager dans des groupements d'intérêt publics (GIP) ou des groupements d'intérêts économiques (GIE) afin de mettre en commun leurs moyens. En 1996, l'ordonnance n°96-346 du 24 avril portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, dite ordonnance Juppé, met en place les Agences Régionales de l'Hospitalisation chargées de la planification et les groupements de coopération sanitaire (GCS) permettant à des acteurs de se regrouper pour gérer des activités supports, des équipements voire des activités de soins. La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle permet aux établissements de regrouper des pôles d'activités cliniques ou médicotехniques. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) rénove les outils de coopération et institue les communautés hospitalières de territoires. Celles-ci sont transformées en GHT et leur adhésion devient obligatoire pour tous les établissements de santé avec la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Ce rapide historique met en évidence une tendance importante : les vecteurs de la territorialisation de l'offre de santé sont passés **d'une logique de coopérations ponctuelles, limitées et facultatives** (GCS, GIP, GIE, FMIH) **à une logique de planification, de « recomposition ou de régulation de l'offre de soin »** (GALLET, 2018) **bien plus directive, large et pérenne**. Dans ce paysage, la direction commune apparaît comme un objet atypique. **Ses objectifs sont analogues à ceux d'un GHT** : il s'agit de **mutualiser** des fonctions et donc de centraliser les pouvoirs afin de **simplifier la gouvernance** et d'**améliorer l'efficacité** des établissements de santé via un renforcement de **l'expertise** et des **économies d'échelles**. Ceci doit offrir un cadre plus favorable à la mise en place de

filières de soins territoriales garantissant aux patients un parcours de soins accessible, gradué et de qualité.

Pour autant, la direction commune diffère du GHT : sa mise en place est **facultative** et son **périmètre est variable**. Récemment, des **incitations** importantes ont été mises en place afin de réduire l'attrait des situations d'intérim tout en augmentant celui des directions communes par le versement d'une indemnité au directeur et à toute l'équipe de direction engagée dans une direction commune (DECRET n° 2018-255 du 9 avril 2018). A l'inverse, **l'adhésion au GHT est obligatoire tout comme la mutualisation** de certaines fonctions : les achats, les systèmes d'informations, le département d'information médicale et, à partir de 2022, une direction des affaires médicales commune ainsi qu'une commission médicale de groupement. Des droits d'option ont également été ajoutés par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (article 37) pour permettre aux GHT qui le souhaitent d'adopter de nouvelles organisations (GHT dotés d'une personnalité morale par exemple) ou de mutualiser de nouvelles compétences (mutualisation des trésoreries par exemple). La dynamique des GHT semble donc façonner peu à peu une direction commune à l'échelle du groupement. Autrement dit, bien que facultatives, **les directions communes préparent un terrain favorable à une plus forte intégration des GHT**. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que cette dynamique des directions communes implique désormais plus de la moitié des établissements publics de santé français avec une augmentation de +42% d'établissements concernés entre 2014 et 2017 (DGOS, 2017).

L'aboutissement de ce processus semble être la **fusion** des entités parties, ce qui clarifierait encore les lignes hiérarchiques et pérenniserait les organisations. Cette perspective est encouragée par l'ordonnance n°2017-47 du 19 janvier 2017 précisant la procédure de fusion des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique. Dans l'optique d'une fusion, **la direction commune représente une voie de passage** différente et plus douce que le GHT – fusion qui n'a de sens bien-sûr que si la coopération des établissements membres est pertinente par rapport aux besoins de santé du territoire (éloignement et taille des établissements, profils d'activités, *etc.*). De nombreux établissements en direction commune ont déjà fusionné, à l'instar du CHSF lui-même, mais aussi quelques GHT, comme le Groupement Hospitalier Nord Essonne (Longjumeau, Orsay, Juvisy).

A des degrés divers, la direction commune et le GHT sont donc deux modes de coopération qui laissent une **grande marge de manœuvre aux acteurs** ; ce qui peut être à

la fois une faiblesse puisque leur réussite repose beaucoup sur la volonté et l'entente des personnes décisionnaires ; **et une force** car cette marge permet d'adapter ces outils aux contextes locaux. Ceci explique l'extrême hétérogénéité des modèles de GHT et de directions communes. Cet aspect était d'ailleurs parfaitement assumé par les concepteurs de la réforme du GHT qui, dans leur rapport final, dressaient des perspectives qui s'appliquent également aux directions communes : « **Nous avons la conviction qu'il faut laisser la plus grande souplesse aux acteurs en responsabilité et leur accorder toute confiance.** Cette souplesse passe par le fait qu'il ne doit pas y avoir de modèle unique de GHT [...]. Cela passe aussi par **un droit à l'expérimentation** dans les modèles retenus. Cela passe enfin par des **organisations innovantes** en matière de partage des responsabilités (qu'il s'agisse des activités cliniques et médicotéchniques ou des activités dites supports mutualisées) » (MISSION GHT, 2016).

Ces références à un « droit à l'expérimentation » et à des « organisations innovantes » peut surprendre à première vue. Elles prennent en effet à revers l'idée selon laquelle le GHT ou la direction commune, pensés avant tout dans une logique d'efficacité et souvent accusés de produire des lourdeurs administratives, pourraient offrir un cadre propice aux innovations organisationnelles. Schématiquement, **trois types d'innovations** peuvent être recensés : les innovations **diagnostiques et thérapeutiques** (thérapies géniques, biotechnologies...), les innovations **technologiques et numériques** (e-santé, robots chirurgicaux...) et les innovations **organisationnelles et comportementales** (filiales de soins coordonnées, éducation thérapeutique...). Bien entendu, nombre d'innovations se situent à aux croisements de plusieurs catégories, à l'image de télémédecine, solutions numériques ayant un fort impact organisationnel. Pour des directions communes comme celles du CHA – CHSF, n'impliquant pas de Centre Hospitalo-Universitaire (CHU), les capacités de produire des innovations dans les deux premières catégories citées sont limitées, il s'agit surtout d'être en mesure de les intégrer une fois qu'elles sont diffusées. En revanche, **les innovations organisationnelles et comportementales apparaissent comme un champ d'action prioritaire.**

Malgré les efforts de classification, la notion d'innovation demeure une sorte de « mot en caoutchouc » (BLANQUI, 1852) selon la formule utilisée par A. Blanqui pour souligner la plasticité du terme de démocratie. Tout changement, toute nouveauté ne relève pas de l'innovation (BOURGEON, 2021). **La difficile appréhension de cette notion explique les incompréhensions voire les réticences qu'elle peut générer.** Au cours des entretiens, de nombreux acteurs ont déclaré ne pas sentir concernés par l'innovation : « on essaye déjà d'atteindre les standards, l'innovation viendra plus tard ». D'autres ont utilisé la

figure de Monsieur Jourdain pour expliquer qu'ils font de l'innovation sans le savoir. D'autres encore se sont montrés plus sceptiques, voyant dans l'innovation une injonction permanente au changement, à l'implication dans des projets : « j'essaye simplement de faire mon travail et cela est de moins en moins valorisé ». Pour éclaircir ces malentendus, il faut plutôt voir dans l'innovation « **une activité de support dédiée à la recherche de l'amélioration**, s'organisant de manière **collaborative, agile et itérative**, basée sur **l'expérience et centrée sur les utilisateurs** et leurs usages. En d'autres termes, l'innovation est la **meilleure façon de s'améliorer dans ses activités et d'en développer de nouvelles** » (MERCY et HABRAN, 2021).

A cet égard, **l'hôpital entretient un rapport ambigu à l'innovation** : « la culture hospitalière est ainsi faite que l'innovation, prisée au niveau clinique, s'y diffuse beaucoup plus lentement lorsqu'elle interroge les organisations ou les processus » (DELAS, 2021). Le manque de temps et de moyens financiers et les caractéristiques de l'« environnement hospitalier souvent rétif au risque, plutôt traditionnel au niveau managérial et encore marqué par un cadre réglementaire rigide et de forts corporatismes » (DELAS, 2021) sont souvent avancés par les personnes interrogées pour expliquer les difficultés à innover sur le plan organisationnel. Ce type d'innovation est pourtant essentiel car il produit **des bénéfices en lui-même** – efficacité des processus, qualité et sécurité des soins, qualité de vie au travail, *etc.* – et représente une **condition essentielle de la bonne intégration des innovations** technologiques, numériques, diagnostiques et thérapeutiques.

Pour répondre à ces blocages, un cadre de plus en plus incitatif est mis à disposition des établissements. Plusieurs exemples en témoignent : l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 qui propose des modes de financements inédits pour valoriser de nouvelles organisation en santé ; le renforcement du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé doté de 6 milliards d'euros pour la période 2021-2025 (LFSS 2021, 2020) ; ou encore la présentation en juillet 2021 du plan « Innovation Santé 2030 » qui mobilisera 7 milliards d'euros et prévoit la création d'une agence d'innovation en santé chargée de piloter cette stratégie.

Ceci devrait permettre à « l'hôpital, auparavant centré sur l'innovation médicale » d'évoluer « vers un **lieu d'innovations managériales, techniques et numériques pour relever les défis sociétaux et de santé publique** » (DESPATIN, 2021). Ces défis ne manquent pas, comme le montre T. Courbis. Ils proviennent déjà de l'**environnement scientifique** : médecine génétique, imagerie métabolique et moléculaire, thérapie cellulaire ou encore médecine des données vont transformer la nature des soins vers davantage

d'**ambulatoire** et de **préventif**. Les **nouvelles technologies**, la digitalisation et l'automatisation de certaines fonctions supports doivent recentrer l'emploi humain autour du patient. Les **évolutions démographiques** augmenteront les besoins en gériatrie et en prise en charge des maladies chroniques, nécessitant des prises en charge multidisciplinaire *via* une **territorialisation** de l'offre de santé facilitant les transitions entre le domicile, l'hôpital et les acteurs de ville. L'**impératif écologique** imposera aux établissements de plus en plus de sobriété et de résilience. Enfin, **les patients** occuperont une place sans cesse plus centrale et il conviendra d'adapter les organisations pour que leur expérience soit prise en compte dans les stratégies et les nouveaux projets (COURBIS, 2016).

En s'appuyant principalement sur l'exemple du CHA et du CHSF, ce travail propose donc de s'interroger sur la capacité d'une direction commune à proposer un cadre favorable aux innovations organisationnelles *via* une stratégie médico-soignante et une co-construction institutionnelle afin de tirer pleinement profit du pouvoir fédérateur et attractif de l'innovation et ainsi préparer l'hôpital aux défis à venir.

1 La direction commune est une forme de coopération souple dans un contexte de moyens contraints

Les objectifs qui président à la constitution d'une direction commune peuvent être déclinés aux niveaux national, territorial et local ; les atteindre implique de mobiliser des leviers qui pourront être mis au service d'une stratégie d'innovation organisationnelle.

1.1 La direction commune répond initialement à un triple objectif

Au CHSF-CHA comme ailleurs, la mise en place d'une direction commune semble au premier abord s'inscrire dans une logique présentiste : celle de la recherche d'efficience dans l'allocation des ressources qui composent l'offre de soin (1.1.1) ; du maintien d'un accès aux soins équitable et de plus en plus gradué sur tout le territoire (1.1.2) et d'établissements dont les marges de manœuvre sont maintenues par une attractivité accrue (1.1.3).

1.1.1. A l'échelle nationale : rendre plus efficient le service public hospitalier

Le législateur a encouragé la mise en place de directions commune car ce mode de coopération présente deux avantages principaux : la **mutualisation des fonctions et ressources** d'une part ; la **diminution du nombre d'interlocuteurs** sur le territoire d'autre part.

Là où le GHT induit des délégations de pouvoirs des établissements parties vers l'établissement support, la direction commune propose de véritables mutualisations de moyens (GALLET, 2018). Ce mouvement doit engendrer des **économies d'échelle associée à une qualité de service équivalente ou améliorée**. Plusieurs personnes interrogées confient être sceptiques sur les économies d'échelles : « on n'économise rien mais on améliore à coût constant ».

Le regroupement des standards téléphoniques du CHSF et du CHA s'inscrit pleinement dans cette logique. A court terme, ceci a permis de réinstaurer un cadre de proximité pour les standardistes du CHA, avec un gain reconnu en termes de réactivité et de qualité du management pour les équipes. L'objectif est également d'harmoniser les pratiques

et d'assurer une meilleure circulation de l'information, au bénéfice de la qualité d'orientation des patients. La mise en place d'un autocommutateur téléphonique unique avec numérogique commune soutient cette volonté et s'avère une entrée utile pour générer d'autres améliorations (mise à jour des répertoires, facilitation des échanges...). A plus long terme, la fusion des équipes et l'installation sur un site unique pourrait permettre de combiner économies financières pour les établissements et gain d'espace.

Progressivement, **ce mouvement de mutualisation, qui a l'avantage d'être moins « traumatisant » que les fusions, conduit à une réduction du nombre d'interlocuteurs** pour les tutelles dans un pays qui compte environ un établissement de santé pour 22 000 habitants (DREES, 2021) contre un pour 40 000 en Europe (SENAT, 2008). Le Directeur est responsable de tous les établissements membres de la direction commune. En s'appuyant sur un nombre de directeurs et de directions réduit, les ARS disposent d'une **carte de l'offre de soin simplifiée et donc potentiellement plus réactive.**

Le regroupement doit également **favoriser la pertinence** des actes, prescriptions et prestations du fait d'une meilleure circulation de l'information et d'une coordination renforcée entre les différents acteurs du parcours de soins. Un enjeu de taille puisqu'environ 20% des dépenses de santé relèveraient de cette non pertinence (OCDE, 2017). Ceci doit donc permettre de réduire les dépenses de santé tout en améliorant les prises en charges.

Avec des acteurs moins nombreux qui partagent une part de leurs sources de coûts, le services public hospitalier doit voir, *ceteris paribus*, ses coûts diminuer ou se stabiliser, sa réactivité augmenter pour une qualité de service identique ou supérieure. **L'efficience médico-économique du service public hospitalier s'en trouve de fait renforcée.**

1.1.2. A l'échelle territoriale : améliorer la qualité de la prise en charge des besoins de santé du territoire en misant sur la coopération et la souplesse pour s'adapter

A l'échelle territoriale, les regroupements d'entités dans une logique d'efficience décidée au niveau national doivent **simplifier la gouvernance et favoriser les coopérations** entre les acteurs de santé. *In fine*, il s'agit de répartir de façon optimale l'offre de santé sur le territoire. Cet optimum se comprend à deux égards : miser sur la **complémentarité** des acteurs de soins d'une part et maintenir une **offre graduée et de proximité sur le territoire.**

Si cet objectif est rempli, **les deux établissements connaissent une augmentation de leur activité**. Schématiquement, le CHSF élargit son recrutement de patients, principalement pour des besoins aigus, dans les spécialités ou interventions de recours qui nécessitent un plateau technique complet et spécialisé tout en disposant de lits d'aval supplémentaires pour accélérer les sorties. Ces sorties du CHSF constitueront des entrées supplémentaires pour le CHA qui se concentre davantage sur les besoins d'urgence, de premiers recours et chroniques et pourra envoyer vers le CHSF ses patients complexes pour une intervention spécifique avant de les accueillir à nouveau dans la suite de leur prise en charge.

Dans le sud de l'Essonne, la densité médicale est relativement faible, les redondances de l'offre de soins et les logiques de concurrence entre établissements publics sont donc limitées. Il s'agit donc davantage d'**amener les établissements à faire évoluer leur offre de soins pour la rendre plus complémentaire**. Tous les établissements essoniens sont confrontés à la difficulté d'assurer les recrutements dont ils ont besoin pour maintenir une continuité de service. Les entretiens menés ont mis en évidence que les coopérations existantes cherchent moins à sortir d'une logique de concurrence, ou à consolider le secteur public vis-à-vis du privé, qu'à **attirer et maintenir suffisamment de ressources médicales sur le territoire**.

La mise en place de la Fédération Médicale Inter-Hospitalière (FMIH) d'oncologie s'inscrit tout à fait dans cette perspective. Mise en place par le Groupement Hospitalier Nord Essonne dans les années 2010 à la suite de la fusion des différents établissements parties, elle s'est étendue au CHSF et au CHA en 2016. Cette extension a permis au CHSF et au CHA de maintenir et de développer une activité en cancérologie qui était alors menacée par l'insuffisance de personnels médicaux.

Alors que les évolutions de la spécialité tendent à regrouper l'offre autour de quelques grands centres spécialisés disposant, notamment, d'un plateau technique diversifié et d'une file active conséquente, **la FMIH a permis le maintien d'une activité à Arpajon**, un centre qui serait trop petit pour être attractif s'il était isolé. « Les jeunes médecins ne veulent plus travailler dans un centre trop petit » confie un chef de service. A cet égard, la FMIH a contribué à l'égalité d'accès aux soins sur le territoire en proposant une organisation autour de soins spécialisés dans les centres et d'un traitement au plus près du domicile.

Aujourd'hui, l'aire de recrutement de la FMIH d'oncologie s'étend, ce qui témoigne de la **confiance des patients** dans une prise en charge de qualité. Pour autant, **l'équilibre est fragile** : tout départ de médecin voire tous congés ou arrêts maladies mettent en péril la

continuité des soins car les effectifs médicaux sont à leur minimum. La répartition des postes entre plusieurs sites engendre également des difficultés d'organisation évidentes bien qu'elle autorise des compléments de rémunération fort précieux pour compenser les moindres rémunérations offertes par le secteur public. Malgré ces difficultés, la FMIH d'oncologie a permis au CHSF comme au CHA de conserver leurs ressources dans cette spécialité.

A l'avenir, la FMIH devra trouver de nouveaux moyens pour coopérer avec les acteurs de la ville tout en renforçant les liens avec les autres services de soins, notamment palliatifs, au sein des établissements actuellement membres. L'« humanisation des soins » par la mise en place d'un cadre d'accueil du patient plus proche d'un environnement de vie conventionnel constitue une autre voie de progrès. Ceci implique bien sûr de conserver voire d'augmenter le personnel médical de la fédération. **S'il reste encore des progrès à réaliser pour que la direction commune fasse émerger une entité médico-soignante unifiée sur le territoire, elle n'en reste pas moins un outil de choix pour favoriser l'attractivité des établissements qui la composent et tisser des liens avec les acteurs du territoire** capables de soutenir l'humanisation des soins envisagée.

1.1.3. A l'échelle locale : faire émerger des établissements plus forts

Tout en conservant leur autonomie juridique et financière, les établissements membres de la direction commune bénéficient d'une **mise en commun de leurs ressources ce qui accroît leur attractivité**. Les professionnels sont plus enclins à intégrer des institutions qui offrent un haut niveau d'expertise, d'autant plus quand les passerelles existant entre celles-ci ouvrent à une diversification des activités et des parcours professionnels (voir 1.2.2). Au-delà de ce gain d'attractivité, le niveau de compétence est accru par deux facteurs.

D'une part, la mise en commun des ressources aboutit, en sus d'économies potentielles, à **diffuser l'expertise** dans les deux établissements. Indéniablement, cette tendance **profite davantage au plus petit établissement, le CHA**. Cet aspect est unanimement reconnu, même par les personnes interrogées les moins favorables à la direction commune. Parmi les apports de compétences les plus souvent mentionnés : les qualitiennes, les juristes, les professionnels prenant en charge les risques psycho-sociaux des agents, les ingénieurs techniques, les ingénieurs biomédicaux, etc.

Les projets immobiliers du CHA (travaux de regroupement des Ehpad, nouveau bâtiment mère enfant et mise en sécurité du bâtiment principal) ont ainsi connu une

accélération notable depuis la mise en œuvre de la direction commune. La mobilisation des compétences spécifiques des services techniques – en ingénierie notamment – a ainsi permis de faire progresser conjointement des projets qui auraient mis bien plus de temps à se réaliser autrement. En termes d'**achats**, une équipe biomédicale bi-site est en train d'être mise en place, ce qui apportera bien plus de maturité achats au CHA qui, jusqu'à présent, ne disposait pas d'ingénieur ou technicien biomédical sur ces fonctions.

Toutefois, **le CHSF tire aussi avantage de la confrontation avec des organisations différentes et de l'échange de bonnes pratiques**. En matière de **RH**, le CHA a partagé son expertise sur les processus de contrôle des Aide de Retour à l'Emploi ou le contrôle de paie tandis que les CHSF l'a aidé à optimiser l'outil informatique de gestion du temps de travail. Pour profiter des compétences sur les deux sites, un travail commun a été mené sur les lignes directrices de gestion, les évaluations, le rapport social unique ou encore les règlements intérieurs des comités techniques d'établissements et des commissions administratives paritaires.

D'autre part, la direction commune permet aux organisations d'atteindre « une taille critique suffisante pour augmenter les réponses RH en termes d'expertise ». Autrement dit, **le CHSF comme le CHA accèdent à des compétences auxquelles ils n'auraient pu prétendre précédemment du fait de leur taille insuffisante**. En outre, les quelques économies d'échelle réalisées par la mutualisation peuvent être réinvesties dans ces nouvelles compétences, qu'il s'agisse d'équipes chargées de prendre en charge les risques psycho-sociaux (ergonomes, psychologues, personnels du service de médecine du travail, assistants social) ou de profils juridiques ou informatiques placés directement au sein des directions fonctionnelles.

Cette masse critique permet aussi d'**engager de nouveaux investissements sur des équipements** onéreux, qu'ils soient informatiques (logiciels, etc.) ou biomédicaux (robot chirurgical, etc.).

Associées à un **meilleur ancrage sur le territoire** (voir 1.1.2 et 1.2.2), ces améliorations **renforcent la crédibilité vis-à-vis des tutelles** : « à partir du moment où l'on remplit les objectifs, l'ARS est un soutien, c'est son rôle de planificateur ». Ceci bénéficie aux deux établissements : l'ARS a cofinancé les travaux de l'Unité Médicale Post-Urgence du CHSF comme ceux du nouveau bâtiment Femme-Mère-Enfant du CHA. Sans direction commune, ces projets n'auraient sans doute pas obtenu le même soutien.

*

Les objectifs attribués à la direction commune s'inscrivent pleinement dans une logique d'efficience dans un contexte de forte contraintes sur la disponibilité des ressources humaines et financières. Pourtant, la souplesse permise par ce mode de coopération et les découplages qu'elle induit peuvent être susceptibles de générer des innovations si les leviers stratégiques à disposition sont bien mis à contribution.

1.2 La direction commune mobilise des leviers stratégiques

Pour produire ses avantages et atteindre les objectifs qui lui sont fixés, la direction commune s'appuie sur quelques leviers stratégiques : le partage de fonctions et compétences (1.2.1) ; les filières de soins (1.2.2) ; et la communication, notamment dans les instances (1.2.3). **Si les objectifs présentés à l'instant s'inscrivent en premier lieu dans le temps court voire dans l'urgence, les outils qu'elle mobilise l'orientent indéniablement vers l'avenir.** En effet, ces trois leviers bouleversent durablement la carte de l'offre de soins et l'organisation des établissements.

1.2.1 Des fonctions et compétences partagées dans un organigramme commun

Donner corps à une direction commune implique de **décloisonner le fonctionnement de chaque établissement**. Les directions fonctionnelles doivent fusionner pour s'emparer des problématiques de façon transversale sur les deux sites. L'ensemble de cette réorganisation donne lieu à un nouvel organigramme, commun aux deux établissements (voir Annexe 4).

La première des difficultés apparaît dans la gestion des égos et sensibilités des personnes concernées par les redéfinitions de périmètres. Ainsi, certains postes passent du qualificatif de « directeur » à celui de « référent » ou de « responsable », ce qui est rarement apprécié. Derrière cette dimension symbolique apparaissent des enjeux concrets de répartition des pouvoirs et de **modification des conditions de travail**, avec notamment l'exercice bi-site qui implique temps de trajets et changements de bureaux. Le directeur doit donc composer avec ces **deux injonctions contradictoires** : proposer un organigramme le plus simplifié et intégré d'une part ; maintenir l'adhésion, la motivation et la cohésion de

l'ensemble de l'équipe de direction d'autre part. Dans le plus petit établissement, la question du maintien ou du remplacement des équipes dirigeantes et encadrantes est complexe : leur maintien permet de s'appuyer sur des personnes qui connaissent bien l'établissement et sont a priori satisfaites d'y exercer mais il peut aussi, dans certains cas, engendrer une intégration incomplète dans la direction commune du fait de stratégies de défenses de leurs anciennes prérogatives et d'un ressentiment à l'égard de l'établissement plus grand. Réciproquement, certains entretiens laissent penser que le regroupement des directions fonctionnelles aurait été mieux accepté si les nouveaux directeurs avaient pris leur poste dans ce contexte et n'étaient pas issus du CHSF.

Cette première difficulté se confond parfois avec une autre, plus triviale : **la gestion des bureaux**. Fusionner les directions implique que certains directeurs et cadres répartissent leur présence sur les deux établissements. De part et d'autres, il faut donc aménager des bureaux disponibles. Là encore, la dimension symbolique (taille, standing, emplacement du bureau) peut générer de petites tensions et jalousies. Elle peut aussi et surtout entraver le développement de la direction commune : si les personnes censées exercer sur les deux sites ne disposent pas d'un environnement de travail de qualité comparable, elles auront tendance à demeurer sur leur site d'origine. De façon intéressante, **le manque d'espace disponible a conduit à introduire une petite innovation dans la gestion des bureaux** : alors que ceux-ci sont habituellement attribués à une personne et, le plus souvent, individuels ; une salle de travail collective avec installation libre existe désormais au CHA. Avec la montée en puissance du télétravail et des postes partagés, cette utilisation plus efficace de l'espace disponible a sans doute vocation à se développer.

En pratique, le CHSF, plus pourvu en diverses compétences, a mis à disposition du CHA une partie de ses équipes encadrantes dans le cadre de postes partagés (voir Annexe X). Ont été particulièrement concernées : la Direction des affaires médicales en sous-effectif au CHA, la Direction des achats, de la logistique, du biomédical, des travaux, de la sécurité et des services techniques insuffisamment professionnalisée, et la Direction des soins en sous-effectif également.

Si les postes partagés ont permis d'apporter des ressources médicales au CHA, ces offres ne sont pas toujours attractives pour le personnel non-médical. Les jeunes générations semblent peu enclines à candidater sur ce type de fonctions qui imposent d'importants temps de trajets et peu de sentiment d'appartenance à une équipe. En revanche, des cadres plus expérimentés y trouvent de nouvelles perspectives professionnelles et, pour ces profils, ces postes sont très attrayants.

S'inscrivant dans cette perspective, **la responsable des affaires médicales du CHA comme l'adjointe au CHA de la Coordinatrice générale des soins ont apporté une présence et une compétence** qui, depuis quelques années, était bien inférieure voire absente. Bien qu'elles soient originaires du CHSF, leur apport de compétences au CHA a été reconnu par la direction comme par la communauté médicale. Du côté du CHSF, ces deux responsables constituent des relais de choix pour bâtir des projets communs : les praticiens et cadres les connaissent déjà et, en retour, elles maîtrisent les organisations du CHSF. Pour leurs directions, elles incarnent des personnes de confiance auprès de qui il est plus facile de déléguer des pouvoirs.

Même en l'absence de postes partagés, la direction commune peut constituer un **amortisseur de tensions sur les ressources humaines** : en cas de remplacement urgent, des personnels peuvent être temporairement affectés d'un établissement à l'autre.

La direction commune semble sans cesse devoir trouver le juste équilibre entre d'un côté le pilotage stratégique qui implique transparence, circulation de l'information et contrôle des décisions ; **et de l'autre les besoins de réactivité du terrain** qui reposent sur la disponibilité, la proximité des décideurs et la brièveté des chaînes de validation. Cette difficulté a été bien mise en évidence en matière d'achats et d'approvisionnements. La cohérence de la stratégie institutionnelle appelle une centralisation ou du moins une homogénéité des décisions alors que les utilisateurs souhaitent avant tout une rapidité d'exécution.

Sous la coordination de l'auteur de ces lignes, **une procédure achats et approvisionnement commune aux deux établissements a été conçue après une large concertation avec l'ensemble des parties prenantes** (Direction des systèmes d'informations, services techniques, service achats, service biomédical, DAF, cellule des marchés, service économique). Pour chacune des directions acheteurs, des critères d'orientation vers deux circuits distincts ont été établis : l'un pour les achats et approvisionnements les plus stratégiques, l'autre pour ceux plus courants dédiés à la continuité de service. Ce faisant, la chaîne de décision – et donc les responsabilités – ont été rendues plus transparentes au profit d'un pilotage stratégique simplifié, tout en conservant des marges d'autonomie et de réactivité au plus près du terrain. Cette première étape a permis d'engager des transformations plus structurelles : au-delà de la procédure elle-même, un ensemble d'actions ont été définies avec les acteurs qui se sont engagés à les mettre en œuvre. Un mécanisme de suivi et d'évaluation y a été adossé. Dans ce cas, la direction

commune s'est avérée un cadre favorable pour instaurer un plus haut standard de pratiques et d'organisations tout en respectant les spécificités antérieures de chaque établissement.

Les acquis de la direction commune pourraient aussi servir de tremplin à certaines innovations. A titre d'exemple, le rapprochement des équipes logistiques et la convergence des pratiques pourraient favoriser la mise en place d'une plateforme logistique commune hébergée sur le site du CHSF. De plus en plus de conditions sont réunies. En effet, le CHSF dispose d'une expertise bien établie en termes d'organisation de plateforme puisque la logistique du site principal dessert d'ores et déjà les différents services des 14 sites extérieurs de l'établissement et qu'elle est devenue plateforme départementale pour les équipements de protection individuelle et les vaccins pendant la crise sanitaire. Une transformation progressive de la plateforme CHSF en plateforme GHT semble donc possible en mobilisant les espaces de stockage encore disponibles et en renforçant les équipes par une mutualisation partielle des ressources humaines.

1.2.2 Des filières de soins à bâtir par les communautés médicales et soignantes

Si, du fait de leur éloignement géographique et de leurs profils très différentes, les logiques de concurrence n'ont jamais été prépondérantes entre le CHSF et le CHA, il n'en demeure pas moins essentiel de créer les conditions d'un dialogue afin de coopérer autour de filières de soins.

Les filières sont indéniablement plus longues à mettre en œuvre que le regroupement des directions. D'abord parce que la communauté médicale n'est pas organisée selon les mêmes normes hiérarchiques que les autres personnels. Il ne suffit pas que les deux PCME s'entendent sur un projet pour que les chefs de services le mettent en œuvre : « on (les médecins) nous apprend à ne pas obéir » admet l'un d'eux en ajoutant : « cela nous permet aussi de rester libre dans le jugement médical vis-à-vis du patient ». De plus, des considérations salariales peuvent intervenir : le bouleversement des conditions d'exercice des médecins peut impacter leurs astreintes et donc leur rémunération. Ensuite, et plus essentiellement, parce que de tels projets impliquent un long travail de concertation entre toutes les parties prenantes puis d'appropriation : en fonction des besoins de santé identifiés sur le territoire, les transformations des organisations de soins enclenchées peuvent être majeures et ne sauraient se réaliser immédiatement.

Dans le cas présent, **la crise sanitaire liée à la covid-19, intervenue au début de la mise en œuvre de la direction commune, a par ailleurs représenté un frein évident** à ce type de projets. En effet, mettre en place des filières de soins implique de mener un long travail d'inventaire des forces et faiblesses de chaque établissement, de le mettre en regard avec les besoins de santé présents et à venir du département avant d'étudier les différents modèles économiques de chaque activité. La priorité doit être accordée aux extrémités du spectre : les forces, sur lesquelles il faut investir pour les préserver et, le cas échéant, en faire bénéficier les autres sites ; et les faiblesses qui impliquent soit une fermeture ou une adaptation du service proposé vers des modèles ambulatoires, soit une aide spécifique.

Parce qu'elle réduit le nombre d'interlocuteurs et la longueur de la chaîne de décision, la direction commune facilite les échanges et les projets médico-soignants communs entre plusieurs établissements : une personne interrogée l'explique : « rien n'est possible sans la fusion des directions même si ce n'est qu'une première étape. A l'hôpital, le pouvoir premier appartient aux directeurs et non aux médecins. C'est à eux d'impulser les coopérations, à condition de savoir assurer la gestion des projets et d'avoir une vision territoriale des besoins de santé. »

La direction des soins et de la qualité en est une bonne illustration : elle a été complètement restructurée pour s'inscrire pleinement dans le cadre de la direction commune. La Coordinatrice générale des soins dispose de deux adjointes, l'une sur chaque établissement. Ceci lui donne une vision d'ensemble de l'organisation des soins à mettre en place dans chaque filière et contribue à la convergence des pratiques. Les nouveaux projets portés dans un établissement peuvent ainsi bénéficier de l'expérience de l'autre : au CHA, les plans du nouveau bâtiment devant accueillir la chirurgie ambulatoire ont été modifiés après avoir recueilli le retour d'expérience des cadres de santé du CHSF. De plus, plusieurs médecins au CHA comme au CHSF soulignent que les rapprochements entre services des deux établissements sont ou seront grandement facilités du fait de cette direction des soins commune.

Sur le plan de la qualité, l'organisation est tout aussi intégrée : « désormais, on pense systématiquement direction commune », ce qui se traduit par exemple par **une politique de qualité et gestion des risques et un projet managérial communs** (voir Annexe 6). Une ingénieure qualité a été recrutée à Arpajon. Cet apport de compétence a permis de relancer les comités de liaison en alimentation et nutrition, les comités éthiques, les comités douleurs. Les plans blancs ou plan canicule sont réalisés pour les deux établissements en s'inspirant des meilleurs standards de chacun. L'organisation des Commissions de Soins infirmiers

Rééducation et Médico Technique (CSIRMT) a été professionnalisé avec un travail plus rigoureux sur les ordres du jour. Cette approche transversale permet également d'engager conjointement des projets sur le parcours patient, la gestion des lits ou encore l'expérience patient. Ceux-ci concourent à la **convergence des pratiques et à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge.**

La gestion centralisée des organisations de soins pourrait aussi **faciliter le déploiement de solutions de télémédecine**, supports d'avenir pour le déploiement des filières territoriales. En effet, alors que la télésurveillance de patients chroniques (diabétiques, insuffisants cardiaques et rénaux notamment) se heurte souvent à l'insuffisance de personnel paramédical, la mutualisation de ces ressources pourrait apporter des solutions. La télé-expertise ou la téléconsultation peuvent également être mobilisées pour apporter un avis spécialisé ou une concertation pluridisciplinaire tout en évitant des transports médicaux. Ceci concourrait donc au maintien d'une offre de soins de qualité, graduée et de proximité, à condition toutefois que la communication entre les deux établissements soit renforcée.

1.2.3 Une communication (interne et externe) à développer et des instances à partager

D'emblée, force est de constater que **la relation CHA – CHSF est marquée par une profonde asymétrie** (voir 2.1.3). Dans la majorité des cas, ce déséquilibre entrave souvent la communication entre médecins de chaque établissement : « on ne se parle pas, on ne se connaît pas » admet l'un d'eux. **Beaucoup de tensions naissent d'incompréhensions et d'appréhensions, faute de communication.**

A l'inverse des médecins, **les personnels non-médicaux sont engagés par la force des choses dans la direction commune.** Fort logiquement, les échanges sont plus nombreux. Différents canaux sont mobilisés comme les recrutements (avertissement sur les mauvaises candidatures ou transfert d'une bonne candidature à laquelle on ne peut donner suite) ou les formations communes qui permettent aux cadres d'échanger avec leurs homologues sur leurs pratiques.

Afin d'apaiser le dialogue social, le directeur a par ailleurs pris un **rendez-vous régulier avec les organisations syndicales du CHA**, d'abord hostiles à la direction commune mais compréhensives face aux arguments avancés. Une **réunion régulière avec les encadrants du CHA** a également été organisée pour répondre aux inquiétudes.

Si tout le monde souligne l'importance de ces discussions plus ou moins informelles, du moins en dehors de toute instance, de nombreux interlocuteurs au CHA ont déclaré ressentir un manque de communication claire sur l'objet et l'avenir de la direction commune. Les six objectifs de la direction commune sont pourtant clairement exposés dans la convention (voir annexe 3). Ils sont donc connus de l'équipe de direction mais, semble-t-il, pas des équipes. Ceci met en évidence la **nécessité de renforcer le portage d'une communication informelle**. Indéniablement, il apparaît illusoire de demander à des personnes qui se pensent comme perdantes à titre personnel dans la direction commune de convaincre leurs équipes des bienfaits de ce mode d'organisation. La diffusion d'une communication plus positive peut être facilitée par le renouvellement d'une partie des équipes encadrantes du CHA ou par l'intermédiaire de personnes de confiance. Les équipes basées au CHSF pourraient également consacrer davantage de temps à des rencontres informelles avec les agents du CHA qui permettent aux personnes plutôt qu'aux professionnels de se connaître.

Conformément à la réglementation, **les instances propres à chaque établissement ont été maintenues** : CTE, CHSCT, Conseil de Surveillance, Directoire, CME, CSIRMT ont lieu de façon indépendante dans chaque établissement. Toutefois, la direction a souhaité lancer des **invitations croisées systématiques** : les membres du Directoire sont conviés réciproquement, tous les cadres de directions aux CTE, CHSCT et CSIRMT et les présidents des Conseils de Surveillance. Ceci porte déjà ses fruits : la CSIRMT est désormais un lieu d'échange et de diffusion des innovations : les formations d'infirmières en pratique avancée ont par exemple pu être présentées au CHA par des personnes ressources du CHSF.

Des évènements communs sont également organisés. Une fois sur deux, le Comité de Direction (**CODIR**) hebdomadaire réunit l'ensemble de la direction à Arpajon, ce qui permet de mieux faire circuler les informations et **de rapprocher la PCME** du CHA, systématiquement présente, **avec l'équipe de direction**. De façon plus exceptionnelle mais non moins structurante, un **Directoire commun** a été organisé en avril 2021. Le programme, préparé sous l'impulsion du Directeur par les deux PCME et la Directrice des affaires médicales, faisait la part belle aux filières de soins présentes et futures (voir Annexe 7).

Un praticien, qui regrettait le manque de communication avec ses homologues de l'autre établissement, a souligné l'utilité de ce moment : « le Directoire a permis de se réunir, de rompre avec nos craintes initiales. C'était une première étape nécessaire ». Chaque présentation était co-animée par un acteur de chaque établissement ce qui a ouvert un espace de dialogue entre deux protagonistes placés sur un pied d'égalité.

En matière de communication externe, le rapprochement entre les deux responsables de la communication s'avère difficile. Un travail sur la création d'une charte graphique est engagé mais demeure loin d'être achevé, tout comme le projet de journal interne commun. Une réflexion sur la communication externe (site internet, réseaux sociaux, presse locale) apparaît également indispensable pour que **la direction commune soit incarnée auprès des patients par des filières** de soins et des stratégies médico-soignantes mises en cohérence. En interne, la communication a un rôle majeur à jouer pour **élaborer un sentiment d'appartenance collective qui respecte les identités propres** à chaque établissement. Un journal interne commun peut par exemple être associé à une communication distincte sur l'intranet.

*

Dans un contexte de moyens humains et financiers contraints, la direction commune offre donc aux établissements qui la composent des leviers d'attractivité et d'efficacité majeurs. La mise en cohérence des organisations suppose une **communication fluide** et doit se traduire par le développement de **filières de soins territoriales coordonnées et graduées** sur le plan médico-soignant et par une **amélioration du niveau d'expertise** sur le plan des fonctions supports. Parce **qu'elle bouleverse les méthodes, élargit les perspectives et crée des liens nouveaux**, la mise en place d'une direction commune appelle à questionner et adapter les anciennes pratiques à ce nouveau contexte. Elle appelle aussi souvent à **inventer des solutions inédites.**

2 La mise en œuvre d'une direction commune peut être source d'innovation organisationnelle à condition de conduire des démarches participatives et d'adopter une stratégie médico-soignante

Si elle n'est initialement pas destinée à produire des innovations organisationnelles, la direction commune peut offrir un environnement favorable en prenant en compte ses inconvénients structurels et en se dotant d'une organisation pleinement dédiée à cet enjeu.

2.1 La direction commune est porteuse de difficultés structurelles qui peuvent entraver les processus d'innovation

Afin de réunir des conditions favorables à l'innovation (2.1.1), la direction commune doit répondre à deux défis qu'elle génère : surmonter les lourdeurs institutionnelles (2.1.2) et élaborer une identité commune (2.1.3).

2.1.1 L'innovation ne se décrète pas mais certaines conditions lui sont favorables

Il serait trompeur de prétendre dresser une liste des ingrédients nécessaires pour produire des innovations car toute la difficulté de celles-ci réside précisément dans leur caractère original obtenu à l'issue d'un processus non déterministe voire d'une manière qui relève purement de la sérendipité. Pour autant, l'exemple de certains établissements (Gaskell, 2021) comme la littérature spécialisée montrent que **certains facteurs**, bien que non suffisants en eux-mêmes, **doivent être rassemblés ou au contraire écartés pour produire un environnement favorable à l'invention de solutions nouvelles adaptées aux besoins**.

Du point de vue institutionnel, la mise en place d'une direction dédiée (HEMERY, 2021) est souvent citée comme une première étape. Celle-ci peut en effet contribuer à fournir d'autres conditions favorables. Idéalement, cette direction soutient et accompagne les démarches d'innovations de façon **transversale et pluridisciplinaire** en réunissant les compétences adéquates : un directeur, un responsable processus, un responsable évaluation, un responsable valorisation et des chefs de projets (MERCY et HABRAN, 2021). Ce pilotage est réalisé avec des responsables médicaux et soignants – en

lien étroit ou directement intégrés à l'équipe – mais aussi, en fonction de la nature du projet, technique, informatique, etc.

En externe, cette direction doit proposer un **guichet unique aux partenaires** (financeurs, start-up, centres de recherches, universités, autres acteurs de santé...) afin de simplifier la mise en place de collaboration et de centraliser l'information. L'objectif pour l'hôpital est de s'insérer puis d'être identifié dans un écosystème territorial d'innovation qui lui donnera accès aux ressources humaines, matérielles, financières et aux savoirs dont il a besoin.

En interne, cette direction, ou a minima cette cellule dédiée à l'innovation, doit contribuer à **offrir une lecture simple des projets existants et à acculturer l'établissement**. Pour ce faire, une organisation claire doit être mise en place dans une **logique ascendante** : les acteurs sur le terrain formulent des propositions pour améliorer leur fonctionnement qui, si elles sont retenues, ont besoin de l'appui de la cellule innovation qui apporte du temps et des compétences disponibles. Afin d'établir un cadre incitatif, les **modalités de proposition et de sélection des projets doivent être lisibles**, transparentes et connues de tous. Le comité de sélection doit se réunir de façon régulière. Ces projets seront ensuite accompagnés dans leur développement, il importe donc de ne pas avoir un portefeuille trop ambitieux. Pour les mener à bien, quelques principes méthodologiques inspirés du *design thinking* apportent un cadre fécond : après une phase d'observation des utilisateurs pour cibler le besoin (**inspiration**), un groupe de travail restreint propose différentes idées de résolutions par des prototypages (**idéation**) qui sont finalement affinés par **expérimentation et itérations**. La logique de **co-création facilite en outre considérablement l'appropriation** de l'innovation par les acteurs (DESPATIN, 2021). Plus globalement, le recours à des *benchmarks* en amont pour s'inspirer d'expériences comparables et **d'indicateurs de suivi et d'évaluation** pour objectiver en aval facilite le pilotage.

Au-delà de ce schéma institutionnel, **une stratégie dédiée à l'innovation doit faire l'objet d'un portage du directeur de la direction commune**. Il devient alors possible d'avoir un mandat pour réunir les compétences, dégager le temps, ou accélérer les procédures si nécessaires. Il s'agit donc de **diffuser un état d'esprit** incitant à douter, à ne pas craindre le changement, à dépasser ses fonctions, à se sentir capable de faire sans demander... Autant d'attributs qui **peuvent paraître en rupture avec l'organisation bureaucratique d'un hôpital** telle qu'elle apparaît dans l'analyse de M. Weber : autorité fondée sur la compétence ; règles impersonnelles facilitant l'automatisation des décisions, pouvoirs hiérarchisés ; division du travail via la spécialisation ; et prédéfinition des buts

(WEBER, 1922). Le monde de la santé restant fort logiquement imprégné du **principe de précaution** et donc d'un certain conservatisme, ces bouleversements proposés peuvent dissuader une direction, en particulier dans le contexte contemporain d'une **tension structurelle sur les ressources humaines**.

Pour constituer un cadre favorable aux innovations, il reste donc à analyser **comment une direction commune peut conserver ses atouts** – **effet volume** sur les files actives et les ressources matérielles et financières, **effet compétences** sur les ressources médicales et non médicales, **effet de spécialisation, ouverture** à d'autres modèles de fonctionnements – **tout en réduisant ses difficultés** structurelles. La tâche n'est pas aisée car **nombre des inconvénients de la direction commune apparaissent comme les corolaires de ses avantages** : l'ancrage territorial génère des besoins supplémentaires de coordination, l'amélioration des pratiques bouleverse les organisations en place, les mutualisations de moyens entraînent dans un cas l'éloignement des centres de pouvoirs, etc. En **envisageant l'hôpital comme un « ordre négocié »** (STRAUSS et al., 1963) qui, contrairement à la vision rigide de Weber, se révèle un lieu de compromis permanents entre les différents pouvoirs qui le composent et souligne donc en creux la **nécessité de co-construire les organisations et les stratégies**, on peut miser sur une certaine forme de malléabilité pour s'adapter à ces lourdeurs et offrir un cadre fécond aux innovations.

2.1.2 Des lourdeurs institutionnelles qui ne favorisent ni la souplesse ni la réactivité

Lors des entretiens, un terme revenait avec insistance lorsque les acteurs étaient interrogés sur les inconvénients d'une direction commune : la « **lourdeur** ». Cette expression est porteuse de significations diverses suivant la personne qui l'emploie : elle peut signifier la **perte de temps sur le plan personnel**, la **difficulté à communiquer**, la **perte de réactivité d'un point de vue institutionnel**, une **difficulté à identifier les processus décisionnels et les personnes ressources**, une **perte d'autonomie** et un **éloignement du pouvoir**. Tous ces aspects qui se croisent mais ne se recoupent pas entièrement méritent d'être analysés car ils révèlent la pluralité des ressentis en fonction du profil et du positionnement des personnes interrogées. Les comprendre et y répondre est essentiel car pour développer des innovations, la souplesse doit l'emporter sur la lourdeur.

Pour les directeurs, la lourdeur de la direction commune est synonyme de **doublent des instances**, déjà souvent considérées comme chronophages à l'échelle d'un seul

établissement. A cela s'ajoute un **temps perdu en trajet** – deux fois 30 minutes de trajets sont nécessaires pour se rendre d'un hôpital à l'autre – et **beaucoup de temps investi dans la coordination**. Mécaniquement, ceci réduit les disponibilités pour d'autres activités. En l'absence de dématérialisation, la signature des parapheurs peut représenter un autre point bloquant dans le contexte d'un exercice multisite. Un directeur d'hôpital résume : « la direction commune c'est éprouvant ».

D'un point de vue technique, **l'absence de système d'information commun constitue un frein important** qui impacte autant les conditions de travail actuelles et que les perspectives de développement de la direction commune. En effet, en attendant que les projets d'autocommutateur commun (voir 1.1.1) ou encore de messagerie unifiée se réalisent, probablement avant la fin 2021, les voies de communication entre les deux établissements sont peu pratiques. Les personnes en postes partagés doivent donc gérer deux boîtes de réception des courriels parallèles, ne peuvent pas se connecter au réseau wifi de l'un des deux établissements si elles viennent de l'autre, etc. Plus globalement, la diversité des solutions informatiques utilisées de part et d'autres et les **difficultés d'interopérabilité** des logiciels, que ce soit sur le plan médical ou non médical, constituent des limites importantes aux échanges d'information et à la convergence des pratiques, malgré des progrès importants sur le logiciel commun de gestion du temps de travail.

De façon plus subjective, la direction commune est souvent accusée de **réduire la réactivité, un reproche qui mérite quelques nuances**. Comme l'explique une personne interrogée : « le nombre d'interlocuteurs augmente mais pas le nombre de cases à cocher ». Autrement dit, étant donné que les projets s'inscrivent désormais quasi-systématiquement à l'échelle de la direction commune, ils impliquent de facto **davantage d'acteurs**. Pour autant, comme cela a déjà été mis en évidence concernant les filières de soins, **le haut de la chaîne de validation est simplifié** : un seul directeur d'établissement apporte sa validation, tout comme un seul directeur des finances, etc. Par ailleurs, les projets architecturaux du CHA relancés par la direction commune alors qu'ils semblaient en dormance depuis quelques années plaident plutôt pour une réactivité accrue sur les grands projets qui s'explique par tous les leviers désormais à disposition (voir 1.2).

Indéniablement, ce **sentiment de perte de réactivité est plus fort au CHA** où la direction commune a davantage bouleversé les organisations existantes. Une personne témoigne : « avec le regroupement, on ne sait plus à qui s'adresser et tout prend plus de temps. » A court terme, les modes de fonctionnement et donc parfois les personnes

ressources sont modifiés localement, ce qui n'apparaît pas comme un problème majeur tant qu'une communication expose clairement les modifications.

De façon plus insidieuse, l'amélioration du niveau de compétence permis par la direction commune tend à **éloigner les centres de pouvoir du plus petit établissement**. Un exemple : le service biomédical a apporté une expertise unanimement saluée au CHA mais ce surcroît de qualité a un prix : les décisions doivent désormais être validées par le service de la direction commune, issu du CHSF, là où elles faisaient auparavant l'objet d'un accord entre médecins, directeur et service économique du CHA.

Cette difficulté s'illustre également dans **l'ambiguïté des fonctions de directeur de site**. Celles-ci supposent un positionnement entre le directeur de la direction commune et les agents du CHA. Cependant, les relations entre les directeurs fonctionnels et ce directeur de site posent question : en cas de projet au CHA, sont-ce les premiers ou le dernier qui apporte la validation finale ? De même, ces directeurs fonctionnels peuvent avoir des agents postés au CHA qui relèvent de leurs lignes hiérarchiques et non de celles du directeur de site. Une personne du CHA déplore ainsi ouvertement « nous n'avons plus de directeur pour nous défendre ».

Ce constat mérite toutefois d'être nuancé car **le renforcement des fonctions supports peut au contraire aboutir à une plus grande proximité avec le terrain** et donc à plus de réactivité. Ainsi l'adjointe à la direction des soins placée à Arpajon (voir 1.2.1 et 1.2.2) assure une présence visible dans les services du site qui manquaient les dernières années. Ceci fluidifie le dialogue entre services et direction.

Finalement, **la plupart de ces lourdeurs semblent surmontables** par une adaptation des **moyens techniques et des bâtiments**, par une **fluidification des chaînes de décision** et par une **communication** présentant les mises à jour au personnel. En filigrane, cependant, demeure un problème plus profond : « Nous avons souvent le sentiment que ce qui n'est pas validé par le CHSF, n'est pas mis en œuvre » confie un acteur arpajonnais, signe que **la direction commune n'apparaît pas encore comme une entité coiffant les deux établissements mais bien comme une émanation du plus gros des deux établissements** voué à faire primer ses intérêts sur celui du plus petit. Le sentiment d'appartenance collective peine à émerger.

2.1.3 La difficile construction d'une identité commune

De par leur histoire, leur taille, leurs activités ou encore leur architecture (voir leur présentation respective en introduction), le CHA et le CHSF ont produit des **cultures d'établissement très différentes**.

Organisé de façon pavillonnaire et comptant un nombre limité de personnel, **le CHA se distingue par une forte dimension interpersonnelle**. Un interlocuteur résume : « Je suis venu dans un petit hôpital car nous nous connaissons tous et une relation de confiance, presque amicale, nous relie ». De nombreux agents sont en poste depuis plusieurs décennies, ce qui génère un attachement particulier à l'établissement. Sur le plan professionnel, les logiques de **polyvalence priment sur la spécialisation**.

Le **CHSF** compte des **effectifs environ quatre fois supérieurs**, installés depuis 2012 dans un bâtiment unique et moderne qui vint parachever la fusion des centres hospitalier d'Evry-Courcouronnes et de Corbeil-Essonnes opérée quelques années auparavant. Les **logiques d'appartenance sont donc moins fortes** : d'abord parce que le bâtiment est récent, ensuite parce que les liens avec les établissements d'origine – Evry pour les uns, Corbeil pour les autres – n'ont pas tout à fait disparus, preuve s'il en fallait que **ces dimensions symboliques prennent du temps pour se recomposer**. Au CHSF, la taille de l'établissement implique, dans l'ensemble, un **plus haut niveau de spécialisation et de formalisation des processus**. En termes wébériens – et en forçant le trait –, cette direction commune oppose des modèles d'autorité traditionnels (CHA) à un modèle rationnel-légal incarné par le CHSF.

Le plus haut niveau de spécialisation des directions fonctionnelles du CHSF et le fait que leurs anciens directeurs aient élargi leur périmètre à l'ensemble de la direction commune conduit à ce que **l'effort de convergence des pratiques pèse davantage sur le CHA**. Bien que reconnu comme nécessaire à la montée en compétences, ce mouvement génère un **sentiment d'iniquité** chez les agents du CHA : « une culture prend le pas sur l'autre » déclare l'un d'eux. Les du CHA dans le cadre de la restructuration **départs de plusieurs responsables historiques** des directions fonctionnelles ont été vécus comme un acte de « brutalité » : « Je ne comprends pas qu'on ait été si irrespectueux avec des gens qui étaient là depuis des années » lâche une personne interrogée.

Dans la communauté médicale, les mêmes tendances sont observées. Les médecins du CHSF sont accusés d'adopter une **posture supérieure voire méprisante** de « sachants », renvoyant leurs homologues du CHA à un rôle d'exécutants. Aussi, ces derniers craignent-ils de s'engager dans des coopérations qu'ils jugent truquées d'avance car tournées avant tout vers les intérêts du CHSF. Du côté des médecins du CHSF, la plupart

déclarent n'avoir que peu de relations avec leurs confrères du CHA et semblent manifester une certaine **indifférence** à leur égard.

Les entretiens ont d'ailleurs mis en évidence un élément important : si au CHSF la direction commune est un sujet qui reste dans l'ensemble cantonné à la direction et aux médecins disposant de fonctions institutionnelles, **l'ensemble des équipes du CHA se sent concerné par cet enjeu**. Ceci témoigne de **peurs plus ou moins rationnelles** : peur de perdre son identité de « petit établissement familial » selon les dires d'une personne interrogée, peur de n'être qu'une antenne du CHSF voire de servir à équilibrer les résultats financiers de ce dernier. Ces peurs s'enracinent dans des vieilles rancœurs, à l'instar de la fermeture de la réanimation à Arpajon il y a quelques années, vécue comme une « humiliation » enclenchée « au moins sur une initiative indirecte du CHSF ». De l'aveu même d'un acteur du CHA, **la direction commune apparaît parfois comme le bouc émissaire** de problèmes antérieurs et sans relations.

Comment expliquer cette défiance ? Cet enjeu est bien connu du directeur de la direction commune puisque, avec ces co-auteurs, il écrivait : « Des craintes que résident derrière cette cible affichée des objectifs cachés sont à gérer dans le cadre du pilotage du projet : craintes de centralisation des activités nobles sur l'établissement support, de restructurations imposées, d'absorption, de vassalisation, de bureaucratisation... » (Schmidt et al., 2017). Sans doute, y-a-t-il **une part de violence inévitable** dans des restructurations d'une telle ampleur : les changements d'organisation, de personnes ne se font pas sans heurts. Curieusement, **les équipes du CHA reprochent au CHSF une méthode trop rapide** et des décisions manquant de concertation **tandis qu'au CHSF beaucoup considèrent que de nombreux problèmes auraient été évités en adoptant une posture plus directive** et moins consensuelle. Deux éléments de contexte peuvent aider à la compréhension. D'une part la nomination du directeur de la direction commune qui, après avoir assuré un long intérim, a tardé à être officialisée, générant une **période de flottement** sur l'avenir pendant laquelle ses marges de manœuvres étaient réduites. D'autre part, et de façon concomitante, **la crise sanitaire** liée à la Covid-19, intervenue au moment même du début de la direction commune, a fortement mobilisé les directions sur des sujets urgents et a eu tendance à recentrer chacun sur son établissement. "Il fallait avancer et on n'a peut-être pas toujours pris assez le temps de communiquer" admet un responsable du CHSF.

Par ailleurs, il apparaît utile de préciser que **certaines contraintes externes ne favorisent pas la construction d'une cohésion plus forte** entre les établissements.

Quelques interlocuteurs ont pointé le **positionnement insuffisamment précis de l'ARS** qui initie la direction commune sans donner de cap clair ni d'échéance sur une éventuelle fusion – véritable chiffon rouge qui cristallise les craintes arpajonnaises. Pour une personne interrogée, « les enjeux politiques locaux priment sur l'approche technique des enjeux de santé publique ». Une autre ajoute : de fait, « les mécaniques de réorganisation du service public hospitalier reposent sur les individus » chargés de les mettre en œuvre, ce qui favorise la **personnalisation des conflits** : au lieu de mettre en œuvre des directives nationales – ce qui n'empêche pas de garder pleine autonomie de moyens pour les adapter au contexte local – certains directeurs, médecins, soignants et personnels administratif et technique **se positionnent davantage en tant que défenseurs de leur établissement que comme promoteurs de l'offre de soins du territoire**. De façon plus structurelle, **les statuts de la fonction publique** ne donnent pas une latitude importante aux personnes en charge de recomposer les organigrammes. Même rares, les situations de blocages qu'elles peuvent générer entravent aussi bien le rythme que l'ampleur des réorganisations planifiées. Les comparaisons avec d'autres directions communes, notamment dans la Seine et Marne, montrent que les **renouvellements de personnels jouent un rôle important**.

*

Ces lourdeurs institutionnelles et ces tensions culturelles entre les deux établissements ne sont **pas propices à développer des innovations car elles peuvent produire des mécanismes de résistance aux changements**, disqualifiés d'emblée parce que venant de l'extérieur, et saper les conditions de coopérations futures. Aussi irrationnelles puissent-être une partie des craintes exprimées par le CHA, il importe de leur apporter des réponses, au même titre qu'aux autres difficultés exposées précédemment (2.1.2)

2.2 Malgré ces contraintes, la direction commune offre un cadre propice aux innovations organisationnelles lorsque celles-ci s'inscrivent dans une stratégie médico-soignante co-construite institutionnellement

La rénovation des méthodes de management faisant la part belle aux innovations mises en place par les acteurs de terrain peut contribuer à réduire le mal-être des professionnels de santé comme tout en améliorant la qualité de la prise en charge des patients du territoire

(2.2.1). Sur cette base, les filières de soins peuvent plus facilement être développées dans le cadre en s'inscrivant dans une stratégie médico-soignante soutenue par la direction (2.2.2).

2.2.1 De nouvelles façons de manager pour une meilleure conduite de l'innovation

La direction commune comme le GHT engendrent des dynamiques qui bouleversent les organisations hospitalières actuelles. Dans ce contexte, il apparaît indispensable de **rénover les méthodes de management pour tirer le meilleur parti de ces changements** et ainsi proposer un cadre favorable à des projet d'innovation fédérateurs.

Pendant la crise sanitaire liée à la covid-19, les hôpitaux ont su faire évoluer leur fonctionnement pour gagner en réactivité et se coordonner, sous l'égide de l'ARS, avec les autres établissements du territoire. Ceci illustre la capacité de ces structures souvent décriées pour leur inertie à organiser une mobilisation totale de leurs équipes pour s'adapter très rapidement à un nouveau contexte. Les **plus grandes marges de manœuvres** accordées ou la possibilité de **prendre plus facilement des initiatives** ont d'ailleurs été **saluées par de nombreux acteurs** qui souhaitent en tirer des enseignements pour pérenniser ces acquis.

Force est pourtant de constater que **cet objectif ne sera pas aisé.** Les moyens financiers colossaux débloqués pour répondre à la crise sanitaire ne pourront pas être maintenus indéfiniment. De plus, alors que l'hôpital a été quasi-exclusivement tourné vers l'objectif de prise en charge des patients atteints de la covid-19, il doit à présent recomposer avec ses conditions habituelles : la prise en charge d'une multitude de pathologies et la prise en compte de diverses contraintes financières, techniques et humaines qui tendent naturellement à rendre son fonctionnement complexe. Pour réinventer leurs organisations dans le cadre de la direction et du GHT, **les hôpitaux doivent donc apprendre aussi bien de leurs difficultés structurelles que de leurs capacités d'adaptation mises en lumière par la crise sanitaire.**

Comme le notent C. Chapuis et M. Vielfaure-Chapuis, « l'hôpital est une structure qui se base sur une approche par planifications et cibles, où les logiques sont l'ordre et l'obéissance. C'est également une **organisation mécaniste bureaucratique**, avec un fonctionnement d'entreprise pyramidal (...). Les acteurs du système hospitalier représentent une collection d'individus, experts dans leurs spécialités mais avec une logique d'excellence individuelle et un niveau de performance collective faible. (...) Dans nos hôpitaux, on pense

« monologique » (c'est soit ceci, soit cela !) » (CHAPUIS et VIELFAURE-CHAPUIS, 2017).

Or, le **GHT comme la direction commune** représentent des **modèles d'organisation davantage décentralisés et ouverts** qui induisent des logiques **d'appartenances plurielles** et des fonctionnements **transversaux en réseaux**. Pour opérer cette transition, l'hôpital doit s'engager dans une **démarche d'apprentissage** : « il est nécessaire que l'approche soit constructiviste et émergente, la logique devient celle de la coresponsabilité, car l'organisation est systémique et complexe » (CHAPUIS et VIELFAURE-CHAPUIS, 2017). Autrement dit, afin qu'il ne soit pas source d'angoisse pour les acteurs ou d'inefficience pour l'institution, le **changement doit être piloté et construit collectivement**. Le pilotage consiste à cadrer les débats sur les plans thématiques et temporels et à soutenir et coordonner les différentes actions lancées.

Comme l'illustre le schéma ci-dessous (CHAPUIS et VIELFAURE-CHAPUIS, 2017), chaque étape du processus produit des bénéfices en elle-même et entraîne la suivante. En s'appuyant sur quelques personnes ressources dynamiques, volontaires et dotée d'une capacité d'entraînement, l'inclusion du personnel dans un travail de **co-construction** des stratégies (ateliers participatifs, travail en mode projet...) produit **reconnaissance et appartenance**. Ceci doit déboucher sur une **vision partagée** des enjeux et finalités de l'institution, préalable nécessaire à la définition et au **partage des savoirs** dans différents champs. A cet égard, la **communication** doit être active tout au long du processus et se diffuser aussi bien verticalement (via les canaux officiels) qu'horizontalement (de façon plus informelle, entre les agents directement). L'accès à des **formations** spécifiques peut également s'avérer indispensable. Ce faisant, les **comportements collaboratifs** peuvent se développer sur un ensemble de **compétences relationnelles** (autonomie, responsabilité, transparence...) via des outils tels que la contractualisation. *In fine*, les **interdépendances** tissées produisent de véritables **capacités collectives**.



Ce schéma théorique trouve une traduction concrète dans deux projets du CHA et du CHSF initiés récemment. **Les projets communs encouragent les échanges informels et les effets d'hybridation et permettent de faire converger les intérêts** (LEVEBVRE, 2013).

Le premier projet est celui de **l'expérience patient**. Il est piloté par un comité qui réunit un médecin, une cadre supérieure de pôle, la coordinatrice générale des soins, des ingénieures qualité, des patients et représentants des usagers et l'élève directeur auteur de ces lignes. Validé par le directoire, il bénéficie d'un **soutien institutionnel** important. L'objectif est de recueillir de façon plus large et objectif l'expérience des patients via diverses méthodes (groupes de paroles, questionnaires digitalisés, patients traceurs...) afin de **faire évoluer les prises en charges en fonction des axes d'amélioration identifiés**. A plus long terme, un **laboratoire vivant** sera créé dans chaque établissement afin de mettre en lumière certaines initiatives innovantes (thérapies par l'art par exemple) ou tester des innovations organisationnelles ou technologiques. **La direction commune permet à ce projet de tester différentes méthodes**, par exemple sur l'appropriation des questionnaires digitalisés par les services. Elle ouvre également à des **panels de patients plus larges** – le CHA prenant par exemple en charge certains profils gériatriques spécifiques.

Ce projet illustre donc la **pertinence d'un comité de pilotage associant diverses fonctions et niveaux hiérarchiques**. Celui-ci fixe les orientations et lance les expérimentations. Après une première phase de test des questionnaires, le modèle de recueil et de traitement des données semble prêt. Ce temps dédié à des **allers-retours entre le prototype et le terrain est essentiel**. Désormais, la phase du déploiement est lancée : chaque

service est contacté pour s'emparer du sujet et le mettre en œuvre à son niveau de façon autonome mais avec le soutien du comité.

Ce projet **fournira un nombre croissant d'informations qui permettront d'objectiver les changements nécessaires**. Si elle est bien exploitée, cette base de données pourrait constituer un atout précieux du CHSF et du CHA pour remodeler en profondeur l'accueil et la prise en charge des patients qui occuperont à l'avenir un rôle de plus en plus prépondérant dans l'élaboration des projets et des stratégies. Ceci devrait progressivement bouleverser plus largement les organisations hospitalières. A l'instar de l'hôpital Foch (Suresnes), de **nombreux établissements sollicitent l'avis des patients et des professionnels pour améliorer l'hospitalité**. Ceci peut se traduire sur le plan architectural avec l'utilisation de matériaux plus chaleureux comme le bois et un travail sur l'éclairage ; sur le plan de l'accueil patient avec la formation des agents par des acteurs et la mise à disposition de bibliothèques participatives en lien avec des maisons d'édition ; sur le plan de l'alimentation avec une meilleure prise en compte des attentes des consommateurs et un partenariat avec une école hôtelière ; ou encore sur le plan des relations usagers avec une diffusion des remerciements des patients aux services qui les ont pris en charge. **L'expérience patient constitue donc une méthode et un cadre qui produisent un terreau fécond pour les innovations organisationnelles**.

Une seconde illustration est fournie par la **rénovation de l'organisation et de la stratégie RSE du CHSF et du CHA** sous l'impulsion notamment de l'auteur. Le **pilotage** est centralisé par la nomination d'une **référente**, directement rattaché au directeur de la direction commune et d'un **comité de pilotage de 10 membres représentant les différentes composantes et niveaux hiérarchiques** des deux hôpitaux. L'instance est chargée de coordonner les actions et la stratégie développement durable, de favoriser le partage d'expérience et de remplir certaines fonctions supports (veille réglementaire, *benchmark*, construction d'indicateurs de suivis...). Un **réseau de facilitateurs** est identifié dans chacun des établissements. Ils sont mobilisés au cas par cas en fonction des actions à mettre en œuvre et font bénéficier les acteurs de leurs compétences techniques, de leurs informations, etc. La proximité des facilitateurs avec les acteurs garantit leur **réactivité**. Pour autant, les facilitateurs peuvent être mutualisés en cas de compétences rares. Des **groupes de travail thématiques** sont constitués autour d'enjeux spécifiques bien identifiés (par exemple, le tri des déchets du self). Ils sont appuyés par des facilitateurs et partagent leurs résultats avec le Copil.

Cette organisation permet **d'inverser le mode d'organisation habituelle** : les initiatives partent du terrain et reçoivent le soutien de la structure si nécessaire, chaque service s'organise comme il l'entend pour tester sa solution, les axes stratégiques découlent directement des pratiques des acteurs, les réunions sont limitées aux acteurs directement concernés.

Afin de recenser les initiatives existantes, **un concours** a été organisé au CHA et au CHSF. Outre la pertinence des actions identifiées comme prioritaires par les répondants, ceci a mis en évidence la grande motivation de nombreux acteurs, désireux de s'investir sur cette thématique mais regrettant de ne pas avoir tous les moyens disponibles. Les participants ont également manifesté la volonté de renforcer les échanges, au sein de chaque établissement mais aussi d'un établissement à l'autre, ce qui témoigne de **l'effet d'ouverture et de cohésion produit par ce type d'initiative**. Un autre exemple : dans la communication interne, des flash infos RSE seront proposés pour valoriser certaines idées par les deux responsables de communication, ce qui concourra à leur rapprochement.

En matière de RSE, **la direction commune offre donc un cadre élargi qui favorise l'innovation par les partages d'expérience**, l'ouverture d'esprit, la possibilité de mener des tests dans différents contextes. En retour, la RSE apporte à la direction commune un **terrain de rencontre neutre et fédérateur** qui permet de déléguer davantage d'autonomie aux acteurs et les invitent à s'engager de façon volontaire et autonome dans des processus d'innovations organisationnelles (tri des déchets, utilisation de l'énergie...). **Cette acculturation à l'innovation organisationnelle sera profitable dans bien d'autres domaines**.

Aujourd'hui, une limite importante demeure toutefois : le temps. Innover implique d'imaginer, de tester, de corriger de nombreuses fois avant de réussir à proposer une solution adaptée au besoin. A cela peut s'ajouter un **manque de moyens matériels et financiers**. Par les économies d'échelle qu'elle permet, **la direction commune dégage incontestablement des marges de manœuvre**. Il appartient aux décideurs de choisir la façon dont elles sont affectées. Elles peuvent en tous cas être de formidables ressources d'innovation, comme le montre le **concept de « slack organisationnel »**, composé des « ressources financières dont dispose l'organisation » et des « ressources humaines et matérielles « en excès » ». Autrement dit, « il s'agit du « coussin de confort » dont bénéficie l'organisation pour amortir des chocs externes, pour prendre des risques, expérimenter et finalement innover » (BOURGEON, 2021), un coussin qui semble bien maigre dans de nombreux établissements.

Pourtant, si la direction commune permettait de l'étoffer, il serait possible de répondre au **problème des « extra ressources » lié à l'innovation** : celle-ci demande souvent une surcharge de travail immédiate et temporaire avant de produire ses effets et de réduire la charge à un niveau inférieur à celui du départ. Or, comme l'ont pointé de nombreux participants aux entretiens, « l'hôpital n'a pas le luxe » de dégager du temps libre aux équipes qui sont déjà en sous effectifs chroniques.

Plusieurs options sont possibles pour tirer le meilleur parti du « slack organisationnel » généré par la direction commune : dans un service, les maquettes d'organisation seraient basées sur l'activité et non plus sur le nombre de lits ce qui permettrait de **positionner de façon tournante chaque infirmière volontaire sur un poste temporaire de référente innovation** du service. Une personne interrogée proposait d'adopter un principe inspiré de Google : **certains agents volontaires pourraient se voir accorder une part de leur temps de travail à la résolution de problèmes** quotidiens en bénéficiant de tous les moyens de l'institution. Une autre solution plus simple serait de **renforcer les pools de suppléance** pour permettre la aussi de façon temporaire à certains personnels de se décharger de leurs activités pour coordonner les innovations organisationnelles du service.

Quelle que soit l'option retenue, il apparaît indispensable de **répondre aux aspirations des professionnels** de santé : « les soignants sont formés comme des libéraux et on cherche à les transformer en exécutants » regrette une personne interrogée. Plutôt que de se tourner vers la réglementation ou la gouvernance, plusieurs répondants pointent ce **manque d'autonomie comme l'une des causes majeures de la crise d'attractivité** des métiers médico-soignants, évoquant une « présomption de refus à leurs projets ». Ils citent plusieurs exemples où les propositions formulées par les agents pour résoudre leurs problèmes quotidiens (gestion des bureaux ou des chambres de garde, séances de soins alternatifs...) ont été systématiquement refusées ou non étudiées. Permettre aux services de répondre eux même à leurs problèmes tels que les interruptions de tâches, les pertes de temps pour trouver le bon matériel ou encore l'absentéisme implique peut-être d'**accepter que les solutions proposées soient souvent partielles et temporaires et que des résultats puissent être obtenus avec des moyens modestes.**

C'est le pari fait par le **programme HospiTalents** lancé par la DGOS afin d'accompagner des démarches d'« **intrapreneuriat** », soit le fait de placer les agents d'un hôpital en position d'entrepreneurs proposant de nouvelles organisations à l'échelle de leur service ou plus largement encore. Le **CH de Rodez** – engagé dans une direction commune avec le CH de Decazeville, les hôpitaux intercommunaux Espalion-Saint Laurent d'Olt et

du Vallon, l'hôpital de Saint Geniez d'Olt et l'Ehpad d'Aubin – a participé à ce programme. Après avoir mené une enquête pour identifier dix enjeux prioritaires, les agents volontaires – issus de tous les établissements membres – se sont inscrits dans les groupes thématiques. Chacun de ces groupes a été accompagné pendant une journée par l'équipe nationale HospiTalents pour structurer leur réflexion et aboutir à des propositions concrètes avec des prototypes. Par la suite, trois groupes ont reçu un soutien prolongé des équipes Hospitalents tandis que les autres ont bénéficié de quelques aménagements pour se former ou consacrer du temps à la gestion du projet. Bien que la crise sanitaire ait freiné le développement des solutions, **plusieurs projets ont connu de belles avancées et méritent d'être cités :**

- Un dispositif facilitant et clarifiant les prêts d'outils entre services ;
- Des gilets évitant les interruptions de tâches ;
- Un réseau social interne pour identifier les interlocuteurs de la direction commune ;
- Un passeport découverte pour rencontrer ses collègues et comprendre le fonctionnement d'autres services ;
- Une monnaie virtuelle interne acquise lors de remplacements et donnant accès à certains services (sport, culture...) ;
- Un recueil d'évènements désirables favorisant le partage de bonnes pratiques.

Au CHSF, un appel à idées innovantes, organisé en coopération avec le Génopôle existe depuis 2018 (voir annexe 8). Il permet d'accompagner financièrement les porteurs des projets retenus, à l'instar de celui consistant à former les anesthésistes en réalité virtuelle. Pour la première fois, l'appel a été étendu à l'ensemble du GHT en 2021.

Dans cette perspective, **la direction commune peut donc être favorable à l'innovation si elle accepte que son objectif soit moins la standardisation que le dégagement de marge de manœuvre suffisante pour favoriser l' « intrapreneuriat »**. Ainsi, chaque agent pourrait plus facilement tester, innover et faire bénéficier l'établissement de ses solutions en recevant le **soutien non prescriptif de fonctions supports aux compétences renforcées** (voir 1.1.3 et 1.2.1). Le juste positionnement des fonctions supports est cité comme un critère majeur de réussite : elles doivent être disponibles mais ne pas brider l'inventivité des agents qui proposent des solutions. En effet, elles peuvent avoir une tendance légitime à la standardisation des solutions et quelques réticences à faire évoluer des pratiques qui leur permettent l'équilibre existant. Si la conciliation des différentes logiques – médicales, soignantes, techniques, administratives, financières, etc. – constitue un enjeu quotidien pour la direction des hôpitaux, il est parfois nécessaire de rappeler que les fonctions supports

doivent se placer au service de la stratégie médico-soignante, elle-même au service des patients et que, à ce titre, **la logique médico-soignante est dotée d'une valeur particulière.**

2.2.2 Une stratégie médico-soignante soutenue et accompagnée par la direction au profit des filières de soins sur le territoire

Adossée des méthodes de management participatives, une gouvernance accordant plus de place aux stratégies médico-soignantes permettrait de favoriser les dynamiques d'innovations organisationnelles, en particulier dans le cadre des filières de soins à développer sur le territoire.

Une partie des lourdeurs imputées à la direction commune pourrait être grandement allégée par la fusion des établissements membres. Ainsi, les instances représentatives seraient mutualisées et unifiées et les lignes hiérarchiques clarifiées. Les **parcours professionnels** entre les sites seraient facilités car ils n'impliqueraient plus de mutation, ce qui accroîtrait encore l'attractivité des établissements. Dès lors qu'elle est pertinente du point de vue des besoins de santé du territoire et du profil complémentaire des établissements, « la direction commune est un passage, une transition » qu'il serait dangereux de faire durer, selon un acteur interrogé : « l'ennemi c'est le temps : on crée de la complexité ». Citant sa propre expérience, un répondant souligne la nécessité de placer la **convergence des projets médicaux au cœur de la stratégie** de fusion. C'est sur l'organisation de l'offre de soins sur le territoire et non sur la défense de chaque établissement qu'il est possible de se rassembler. La conduite de ce changement appelle un **long travail de concertation et de co-construction** avant d'adopter une posture plus directive une fois le cap collectivement défini (voir 2.2.1).

Dernièrement, la publication du **guide « Mieux manager pour mieux soigner »**, rédigé dans le cadre du Ségur de la Santé, rejoint nombre des positions défendues dans les lignes précédentes. Il affirme ainsi que « **les facteurs organisationnels, les facteurs managériaux, la gouvernance, la mise en place d'une démarche participative (...) sont des déterminants majeurs de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins** ». A ce titre, il envisage quelques **pistes pour renforcer la dimension médicale dans la gouvernance** comme : la co-désignation par le PCME et le chef d'établissement des chefs de pôles et chefs de service ainsi que la co-signature des contrats de pôle ; le vote du projet médical en CME avant proposition au directoire ; ou encore le renforcement des délégations

de gestion à l'échelle des pôles ou des services dans plusieurs domaines tels que les ressources humains (remplacement, intérim et masse salariale, dans les limites définies par l'établissement), les investissements du quotidien, les conditions de travail et la formation.

Dans la version disponible fin août 2021, le guide souffre toutefois de deux lacunes importantes. D'une part, il semble **tenir pour acquis la volonté des médecins de participer davantage à la vie de l'hôpital**. Or, en pratique, cela n'est pas toujours le cas : « certains veulent plus de pouvoir mais refusent les responsabilités et le travail administratif qui l'accompagne » pointe une personne interrogée. D'autre part, la focalisation sur les acteurs médicaux tend à **rendre invisible les deux autres pôles du trinôme : directeurs et personnels paramédicaux**. Les premiers sont quasi-absents du document et semblent davantage relever des problèmes que des solutions. Les seconds sont à peine plus visibles et la proposition principale les concernant porte sur un rapprochement des projets médicaux et soignants et une fusion possible des CME et CSIRMT sans que les moyens de mise en œuvre soient davantage précisés.

A ce titre, il convient d'insister sur le **rôle essentiel de la partie soignante dans la gouvernance et la stratégie**. Cette révolution heurtera peut-être une partie des directeurs d'hôpital et des médecins, issus de cultures différentes, qui la cantonnent à un rôle d'exécutant ou, au mieux, d'organisation. Aucun projet ne peut pourtant voir le jour sans l'implication des cadres de santé. En tant que pierre angulaire de toute organisation de soins, les cadres de santé disposent d'une vision stratégique qu'il est dommage de ne pas mobiliser. La direction des soins présente par ailleurs l'avantage d'une **ligne hiérarchique claire ce qui en fait un acteur réactif**. Afin de renforcer son poids, **plusieurs propositions** peuvent être formulées. A l'échelle de l'établissement, le directeur des soins pourrait participer à l'élaboration de l'ordre du jour du directoire ou apposer sa signature sur les documents actuellement cosignés par le PCME et le chef d'établissement. A l'échelle des services, cadre et chef de service doivent être conçus comme des partenaires et ne plus voir dans le premier l'exécutant du second. Tous les cadres de santé, responsables de services, pourraient être formés à la conduite de projet et se regrouper dans une commission spéciale dotée de prérogatives dans la gestion des projets et des innovations organisationnelles dans l'établissement.

Au CHSF, la mise en place d'un jardin thérapeutique dans le service de pédiatrie illustre autant les difficultés actuelles que le potentiel innovant de la direction commune. Ce projet a été porté par l'équipe des espaces verts en lien avec les équipes paramédicales et une pédiatre. Les espaces verts ont trouvé eux-mêmes les financements nécessaires et

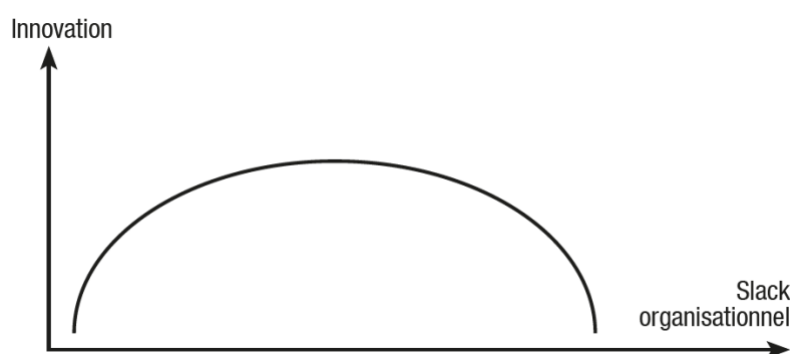
l'ensemble des acteurs confie avoir fait avancer le projet en s'investissant en dehors de leurs heures de travail, ce qui témoigne de l'**insuffisance du soutien institutionnel et de la difficulté à produire des innovations** lorsque les emplois du temps ne sont pas adaptés en conséquence. De façon plus positive, cet exemple montre également que **les fonctions supports peuvent porter par elles-mêmes une stratégie médico-soignante, à condition de se coordonner avec les services de soins** pour répondre précisément à leurs besoins. **Dans le cadre de la direction commune, d'autres services de soins**, au CHA comme au CHSF **se sont déclarés intéressés** pour se doter d'un jardin thérapeutique. L'expérience de l'équipe des espaces verts et de la pédiatrie serviront de référence pour diffuser et adapter ce modèle. L'équipe des espaces verts elles-mêmes pourrait tirer parti d'une mutualisation des moyens entre les deux établissements pour détacher un agent en tant que jardinier-médiateur capable d'organiser les activités dans les jardins avec les patients.

Un autre exemple intéressant, quoique très différent, nous est fourni par **l'hôpital de jour d'endocrinologie**. Sorti des murs du CHSF à la faveur de la crise sanitaire, il a été installé dans un local à Ris Orangis. Les premiers retours semblent encourageants : ce site s'inscrit pleinement dans l'**objectif de décroisement ville-hôpital et dans la logique de « l'aller vers »** les patients les plus précaires. En offrant un environnement d'accueil non-hospitalier, il est en effet bien plus attractif pour les personnes diabétiques. **Dans le cadre de la direction commune, ce type de lieu neutre pourraient faciliter les coopérations** entre professionnels de santé des deux établissements. S'il répond pleinement à une logique médico-soignante, ce projet souffre toutefois d'un **défaut de coordination initial avec la direction**, ce qui a entraîné des problèmes périphériques aux soins (loyer des locaux, effectifs présents, circuit de facturation) qui pourraient menacer sa pérennité. Un exemple qui met en évidence la nécessité de coordonner les parties prenantes dès le départ afin que la direction inscrive la stratégie médico-soignante dans un cadre institutionnel.

Le rapprochement des acteurs soignants et médicaux autour de la direction pourrait être facilité dans la **mise en place d'une Direction des opérations (DOP) reprenant ce triumvirat**. Directement rattachée au chef d'établissement, cette direction serait chargée de **mettre en œuvre la stratégie médico-soignante** issue de la concertation entre la **direction, la communauté médicale et les acteurs paramédicaux**. Elle serait pilotée par un directeur d'hôpital et composée à minima d'un médecin et d'un cadre de santé. **Interface directe** entre d'une part la direction générale, la direction des soins et le PCME et d'autre part les services de soins, elle garantirait une **réactivité** accrue de la direction vers les services et inversement. Son rôle serait donc de **coordonner la gestion des grands projets** du début à la fin :

procédure et critère de sélections transparents, mise en œuvre des projets, puis suivi et évaluation. Grâce à un **département d'information médicale réellement intégré à l'échelle du GHT**, la pertinence des projets retenus serait objectivée par l'analyse des indicateurs techniques, sanitaires, économiques et sociologiques du territoire. Ainsi, tous les projets reposeraient sur une vision transversale des besoins de santé sur le territoire. Pour les services, elle représenterait un **guichet unique, accessible**, pour accompagner la structuration des projets avant leur soumission au comité de sélection pour les plus importants d'entre eux ou application immédiate pour les autres.

La rigueur de cette organisation apparaît essentielle pour tirer pleinement parti des marges de manœuvre dégagées par la direction commune. En effet, N. Nohria et R. Gulati ont mis en évidence une courbe en U inversé entre le slack organisationnel et les capacités d'innovation (NOHRIA et GULATI, 1996)



En voici l'explication : « En autorisant les expérimentations, le slack a un effet positif sur l'innovation, jusqu'à un point d'inflexion. Au-delà de ce point d'inflexion, et en l'absence de contrôle sur les expérimentations réalisées, il a un effet négatif sur l'innovation. **La profusion de ressources engendre un manque de contrôle et de sélection qui pousse l'organisation à poursuivre des projets de R&D qui ne déboucheront jamais** » (BOURGEON, 2021).

La mise en œuvre d'une stratégie médico-soignante dans le cadre de la direction commune s'incarne parfaitement dans la **filière de gériatrie, SSR et HAD mise en place entre le CHSF et le CHA**. Son développement a été impulsé à la suite de la nomination d'une **directrice référente** de filière. Celle-ci a mené un grand travail de **coordination** et de rapprochement à divers niveaux : communication entre les Ehpad de la filière, notamment sur les dossiers d'admissions et les bonnes pratiques ; lien entre les services de gériatrie du CHSF et le SSR du CHA ; mise en place d'une infirmière de coordination aux urgences ;

dynamisation des équipes mobiles et des alternatives à l'hébergement ou l'hospitalisation ; renforcement des liens avec l'ARS et le département pour valoriser la filière en externe. Finalement, **l'offre de soins est pensée à l'échelle des deux établissements** en termes de palette de services complémentaires entre eux et cohérents avec les parcours patients (voir schéma ci-dessous).

En matière de gériatrie, le CHA est mieux doté que le CHSF mais cet avantage était peu valorisé, que ce soit en interne ou en externe. Ceci montre la **capacité de la direction commune à valoriser les atouts de chaque établissement par des innovations dans les organisations**, dès lors que celle-ci s'inscrivent dans une stratégie médico-soignante.



La structuration de cette filière représente aujourd'hui un **acquis sur lequel il est plus aisé de construire de nouveaux projets innovants**. Pendant la vaccination, la direction commune a joué un rôle très facilitant : le CHSF étant établissement congéloporteur, les services du CHA ont pu bénéficier d'une réactivité optimale. Désormais, les acteurs de santé de la filière se connaissent de mieux en mieux, ce qui rend plus facile leur inclusion dans des dispositifs de **télé-expertise ou de télésurveillance**. Sur le plan des ressources humaines, la filière permet aussi d'envisager des innovations sociales comme la mobilisation d'un **pool de salariés polyvalents au niveau de la direction commune** voire du GHT afin de réduire le recours à l'intérim et proposer plus de flexibilité aux agents.

A l'avenir, d'autres filières seront à bâtir, en partant des besoins de santé identifiés par le DIM de territoire, en les croisant avec les forces et faiblesses des activités médico-

soignantes de chaque établissement et en les adossant à une étude médico-économique. Dans le cadre de ses futures fonctions, l'auteur de ces lignes devra piloter, en lien avec les chefs et cadres de pôles concernés, le **regroupement des laboratoires de biologie du GHT**. L'objectif est de **renforcer le niveau de spécialisation** et de **générer des économies d'échelle à réinvestir dans d'autres activités**, actuellement déléguées au secteur privé (auto-immunité, papillomavirus, pharmaco-toxicologie, cytométrie des flux, bacille de koch principalement). Cette assise territoriale pourrait donner **l'occasion de tester de nouvelles organisations innovantes comme la collecte d'examens par des équipes mobiles dans le territoire** qui déposeraient les échantillons dans un laboratoire central. Ceci pourrait **faciliter l'accès aux soins** tout en **renforçant l'implantation des hôpitaux du GHT** sur le territoire.

Conclusion

Face aux défis sanitaires, économiques ou démographiques qui montent en puissance depuis une vingtaine d'année, le système de santé français, et plus particulièrement l'hôpital, doit mener **de nombreuses révolutions, au premier rang desquelles la territorialisation de l'offre de santé**. La **direction commune CHA-CHSF** s'inscrit pleinement dans cette dynamique qui poursuit plusieurs objectifs : la volonté de proposer une **offre de soins accessible et coordonnée sur un territoire** ; la nécessaire **maitrise des dépenses de santé** ; et l'objectif de faire émerger des **établissements aux compétences renforcées**.

Pour mener à bien ces transformations, ces établissements disposent d'un **cadre souple qui leur permet d'innover** dans leurs organisations et leurs pratiques. Ainsi, ils peuvent librement mobiliser les leviers à leurs dispositions, à l'instar de la **mutualisation de fonctions supports** et du **développement de filières de soins territoriales**.

Tous ces bouleversements ne se font pas sans difficultés. D'abord parce que la direction commune, comme le GHT, nourrit les **craintes d'une bureaucratie excessive et d'une dissolution des identités propres** à chaque établissement. Ensuite parce que ces bouleversements interviennent dans un **contexte tendu**. Les **directeurs d'hôpital**, responsables de cette gestion, doivent concomitamment répondre aux besoins de santé de la population, aux contraintes financières et aux aspirations du corps médical. **Les médecins**, désormais dotés des attributs du gestionnaire, connaissent une crise d'identité et un besoin de reconnaissance. **Les soignants** craignent leur dévalorisation alors qu'ils souhaitent s'investir davantage dans la vie de l'établissement.

En cette période de mutation, l'occasion est pourtant belle **d'inventer de nouvelles organisations en capitalisant sur les bénéfices tirés des coopérations voire des fusions**. Les effets de leviers générés sont en effet majeurs d'un point de vue des compétences, des finances ou du bassin de population. Autrement dit, les regroupements d'établissements permettent d'avoir une **vision plus transversale et territoriale des capacités mais aussi des besoins** de santé auxquels elles doivent répondre. **Les effets volumes doivent produire des effets qualité** et les mutualisations entraîner un **plus haut degré de spécialisation** et une **capacité d'adaptation accrue**.

La crise sanitaire a mis en évidence la remarquable **agilité des établissements** de santé grâce à un **décloisonnement des organisations** aussi bien en interne qu'à l'échelle du territoire. Cette expérience doit **inspirer de nouvelles façons de manager et de piloter**. En se concentrant sur **l'animation d'une stratégie médico-soignante co-construite**, la direction peut installer un **cadre plus fécond pour les initiatives des acteurs** sur le terrain. **Dans ces logiques de réseaux, la capacité à fédérer et à reconnaître l'engagement de chacun via des méthodes de communication renouvelées et des projets communs et novateurs apparaît indispensable pour préparer les hôpitaux aux défis émergents.**

Bibliographie

Ouvrages :

- BLANQUI, A., 2007, « Lettre à Maillard, 6 juin 1852 » dans *Maintenant, il faut des armes*, Paris, La Fabrique.
- DONNE, J. 2002, *Médiations en temps de crise*, Paris, Rivages.
- STRAUSS, A. et al., 1963, « The hospital and its negotiated order » dans : FREIDSONS, E., 1963, *The hospital in modern society*, New-York, Free Press.
- WEBER, M., 2003, *Economie et société, tome 1 : Les Catégories de la sociologie*, Paris, Pocket

Articles scientifiques :

- LEFEBVRE, P., 2013, « Organizing deliberate innovation in knowledge clusters : from accidental brokering to purposeful brokering process », *International Journal of Technology Management*, n°63.
- NOHRIA, N. et GULATI, R., 1996, «Is slack good or bad for innovation?», *Academy of Management Journal*, n°39

Articles de presse :

- BOURGEON, L., 2021, « Innovation : une difficile et complexe définition », *Gestions Hospitalières*, n°605.
- CHAPUIS, C., et VIELFAURE-CHAPUIS M., 2017, « De la collection d'individus au groupe solidaire », *Gestions Hospitalières*, n°568.
- COURBIS, T., 2021, « La santé de demain », *Gestions Hospitalières*, n°555.
- DELAS, A., 2021, « Innovations », *Gestions Hospitalières*, n°605.
- DESPATIN, J., 2021, « L'innovation digitale à l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, n°605.
- GALLET, B., 2018, " Le regain d'intérêt pour les directions communes. Ou la "fusion du management" ", *Gestions hospitalières*, n°576, p. 305.
- GASKELL, A., 2021, « Building A Culture Of Innovation In Healthcare », *Forbes* (en ligne). Consulté le 5 août 2021, disponible sur : <https://www.forbes.com/sites/adigaskell/2016/11/08/building-a-culture-of-innovation-in-healthcare/?sh=536c6b8244a7>

- HEMERY, P., 2021, « L'innovation se managerait mieux dans les hôpitaux au sein de direction dédiée », *Hospimedia* (En ligne). Consulté le 5 août 2021, disponible sur : https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210624-economie-l-innovation-se-managerait-mieux-dans-les?utm_source=https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20210624-economie-l-innovation-se-managerait-mieux-dans-les&utm_medium=publicSite&utm_campaign=redirection&utm_term=logged
- LEFEBVRE, P., 2013, « Organizing deliberate innovation in knowledge clusters : from accidental brokering to purposeful brokering process », *International Journal of Technology Management*, n°63.
- MERCY, G., et HABRAN, E., 2021, « Innovation : de spectateur à acteur », *Gestions Hospitalières*, n°605.
- SCHMIDT, T. et al., 2017, « Conduite du changement et pilotage de l'innovation. L'exemple du GHT Île-de-France Sud », *Gestions Hospitalières*, n°562.

Textes de lois et réglementaires :

- DECRET n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, Journal officiel, n° 0181 du 5 août 2005.
- Décret n° 2018-255 du 9 avril 2018 relatif aux modalités d'indemnisation des périodes d'intérim et à l'indemnité de direction commune pour certains personnels de la fonction publique hospitalière, Journal officiel, n°0083 du 10 avril 2018
- LOI n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, Journal officiel, n°179 du 2 août 1991.
- LOI n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle, Journal officiel, n°0172 du 28 juillet 1999.
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009.
- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal officiel, n°0022 du 27 janvier 2016.
- LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, Journal officiel, n°0305 du 31 décembre 2017.
- LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Journal officiel, n°0172 du 26 juillet 2019

- LOI n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, Journal officiel, n°0302 du 15 décembre 2020
- ORDONNANCE n°96-346 du 24 avril portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, 98 du 25 avril 1996, Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996.
- ORDONNANCE n°2017-47 du 19 janvier 2017 précisant la procédure de fusion des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique, Journal officiel, n°00017 du 20 janvier 2017.

Rapports :

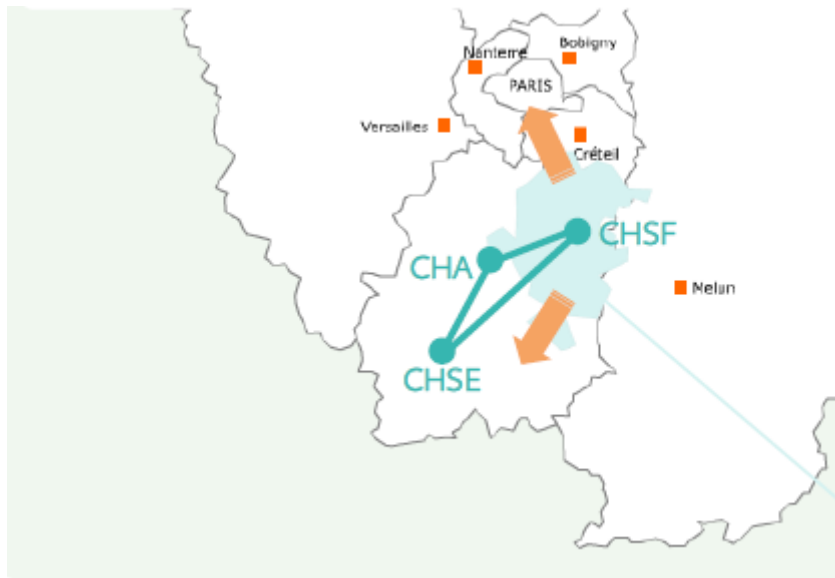
- DGOS, 2017, Rapport au parlement sur les recompositions hospitalières (en ligne). Consulté le 12 août 2021, disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_sur_les_recompositions_de_l_offre_hospitaliere_-_edition_2017.pdf
- DREES, 2021, Les établissements de santé.
- Ministère de la santé, 2021, « Mieux manager pour mieux soigner » - version de travail (en ligne). Consulté le 24 août 2021, disponible sur : https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/215603/6943/Guide_Mieux_manager_pour_mieux_soigner_V22.pdf?1626344193
- MISSION GHT, 2016, Rapport de fin de mission (en ligne). Consulté le 12 août 2021, disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_mission_hmdefmodifsddefv150316.pdf
- OCDE, 2017, Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé (en ligne). Consulté le 11 août 2021, disponible sur : <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Lutter-contre-le-gaspillage-dans-les-syst%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-Synth%C3%A8se.pdf>
- SENAT, 2008, Rapport d'information n° 287 (2007-2008) de M. Alain MILON, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 15 avril 2008 (en ligne). Consulté le 12 août 2021, disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r07-287/r07-287.html>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Liste des participants aux entretiens

NOMS	INSTITUTIONS	FONCTIONS
Maxime Adler	CHSF	Chef de service de biologie médicale Chef du pôle médecotechnique et fonctions transversales
Raphaël Ayina Akilotan	CHSF - CHA	Directeur adjoint chargé des ressources humaines du site d'Arpajon
Eric Baudiment	ARS (DD91)	Conseiller médical en charge des établissements de santé
Gilles Calmes	CHSF - CHA	Directeur du CHSF et du CHA
Nadia Carcasset	CHSF - CHA	Responsable du service de bionettoyage – Ingénieure en organisation chargée de projets transversaux
Pierre Dagen et Clara Langlois	Gohve (entreprise de conseil)	Consultants
Philippe Darnaudet	CHSF - CHA	Directeur du site du CHA
Violaine Eudier	CHSF - CHA	Directrice adjointe référente des filières de territoire

		(SSR, gériatrie, HAD) et du pôle médicoteknique
Joël Ezenfis	CHSF	Chef de service d'oncologie
Benoit Frasin	CH Sud Seine et Marne	Directeur du CH Sud Seine et Marne
Pascal Goube	CHSF	Chef de service de cardiologie
Michèle Granier	CHSF	PCME
Mélanie Jullian	CHSF - CHA	Directrice adjointe en charge des affaires juridiques et de la recherche
Clémence Mainpin	DGOS	Ancienne cheffe de mission GHT et en charge des questions d'innovations
Marie Muller	CHSF - CHA	Directrice adjointe chargée des ressources humaines
Laurent Nicolaon	CHA	Chef du service de chirurgie orthopédique
Fabienne Nicouveau	CH de Rodez	Responsable de la communication
Stéphane Ournac	CHSF - CHA	Responsable des standards téléphoniques
Alfred Penfornis	CHSF	Chef de service d'endocrino-diabétologie
Marie-Paule Sauli	CHSF - CHA	Coordinatrice générale des soins, direction qualité et gestion des risques
Nathalie Toledano	CHA	PCME



ANNEXE 3 : Convention de direction commune CHA –CHSF

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet d'instituer une direction commune entre le CHSF et le CHA, conformément aux dispositions de l'article 4 du décret n° 2005-920 du 2 août 2005 susvisé.

L'équipe de direction, constituée de Directeurs d'hôpitaux, de Directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et de Directeur des soins, dans son intégralité, est commune aux deux établissements.

ARTICLE 2 : OBJECTIFS DE LA DIRECTION COMMUNE

La mise en place de la Direction commune aux deux établissements a pour objectifs principaux :

- 1 D'assurer l'entière réalisation du schéma directeur de restructuration 2019 -2024 du CHA validé par les instances ;
- 2 De conforter les actions de coopération déjà engagées dans l'ensemble des champs de la médecine, de la pédiatrie, de la chirurgie et de l'obstétrique ainsi que pour les activités psychiatriques, de gériatrie et de soins de suite et de réadaptation ;
- 3 De développer une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient au moyen notamment du projet médical partagé du GHT Île-de-France Sud ;
- 4 De poursuivre la mutualisation des activités administratives, techniques et logistiques, et de l'ensemble des fonctions support des établissements concernés en vue de partager des compétences spécialisées, de favoriser l'harmonisation des pratiques et d'optimiser les coûts de fonctionnement ;
- 5 De poursuivre une stratégie d'organisation territoriale de l'offre hospitalière publique ;
- 6 D'assurer une gouvernance commune permettant la mise en œuvre des orientations stratégiques partagées par chaque établissement concerné.

ARTICLE 3 : ORGANISATION DE LA DIRECTION COMMUNE

Le Directeur, nommé sur l'emploi de directeur du CHSF, assure la fonction de chef d'établissement du CHA. Il préside sauf empêchement le directoire, et participe effectivement aux séances du conseil de surveillance et de la CME.

Il est nommé par le Directeur général du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de Direction de la Fonction publique hospitalière, sur proposition du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France et après avis des Présidents des Conseils de surveillance des établissements concernés.

Le Directeur organise la continuité de la fonction de Direction sur les deux établissements et délègue sa signature conformément aux dispositions législatives et réglementaires applicables. Il formalise les délégations de signature des membres de l'équipe de direction commune.

Le Directeur est assisté d'un cadre de direction affecté sur le site du CHA en qualité de Directeur délégué de l'hôpital d'Arpajon ; il sera membre d'une équipe de Direction dont la composition est fixée à l'article 4 de la présente convention. Tous les cadres de direction participent au comité de direction. Le Directeur délégué participe à l'ensemble des instances du CHA (Directoire, Conseil de surveillance, CME, CTE, CHSCT).

Les directeurs adjoints de chaque établissement interviennent dans les deux établissements dans leur domaine de compétences fixées par les fiches de postes et les délégations de signature. Chaque membre de l'équipe de direction (directeurs adjoints ou ingénieurs responsables d'un secteur) est amené à intervenir sur les deux établissements, sachant que l'équilibre des charges antérieurement supportées par chacun des deux établissements sera respecté.

Toutes les décisions des directeurs adjoints, significatives ou sensibles, quel que soit leur domaine d'intervention sur des sujets notamment relatifs aux ressources humaines médicales et non médicales concernant le CHA seront soumises pour concertation préalable au directeur délégué du site dans le cadre de sa délégation de signature.

Les cadres administratifs, techniques, logistiques et paramédicaux hospitaliers ne pourront assurer des missions pérennes sur les deux établissements qu'à la condition de la mise en place d'une convention de mise à disposition requérant obligatoirement leur accord ainsi que celui de directeur de site.

Une (ou des) convention(s) permettront d'encadrer la question des charges afférentes.

Toute modification substantielle d'organigramme est présentée pour information aux Directoires des établissements concernés.

ARTICLE 4 : COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE DIRECTION COMMUNE

L'équipe de Direction commune aux deux établissements signataires, constituée de membres, est composée comme suit, au jour de la mise en œuvre de la présente convention :

– 1 poste de Directeur d'hôpital, Directeur de la Direction commune, chef d'établissement relevant des dispositions des décrets n° 2005-921 et n° 2005-922 du 2 août 2005 modifiés (emploi fonctionnel),

– 1 poste de Directeur d'hôpital, Directeur adjoint de la Direction commune, Adjoint au Directeur, relevant des dispositions des décrets n° 2005-921 et n° 2005-922 du 2 août 2005 modifiés (emploi fonctionnel),

– 1 poste de Directeur d'hôpital, Directeur adjoint de la direction commune, Directeur délégué du site du CHA, relevant des dispositions du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié,

– 8 postes de Directeur d'hôpital adjoint relevant des dispositions du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié, dont un poste de directeur des ressources humaines délégué du site d'Arpajon.

– 1 poste de Directeur adjoint d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux relevant des dispositions du décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière,

– 1 poste de coordinateur général des soins relevant des dispositions du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié et du décret n° 2014-8 du 7 janvier 2014 modifié (emploi fonctionnel),

– 2 postes de Directeur des soins relevant des dispositions du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié,

– 1 poste de Directeur des soins, Coordinatrice générale des instituts de formation des manipulateurs en électro-radiologie médicale, en soins infirmiers, d'auxiliaire de puériculture, d'aide-soignant et d'un département de formation continue, relevant des dispositions du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié.

La liste des personnels de direction concernés, à la date de mise en œuvre de la présente convention, est jointe en annexe 1.

Le Chef d'établissement définit l'évolution de l'organigramme de l'équipe de Direction commune en veillant à garantir une gestion de proximité sur les différents sites. Au regard des besoins de l'organisation de la Direction commune, le Chef d'établissement peut procéder à la création ou à la suppression de postes de Direction.

Pour garantir cette proximité dans le cadre de la nouvelle direction commune, les dispositions suivantes seront prises concernant le CHA :

- ✓ Le Chef d'établissement désigne un Directeur d'hôpital adjoint comme directeur délégué de l'hôpital d'Arpajon. Il bénéficie de délégations de signature nécessaires à l'exercice de ses fonctions qu'il exerce sur le site de l'hôpital d'Arpajon.
- ✓ Le Chef d'établissement désigne un Directeur des soins relevant des dispositions du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié. Il exerce ses fonctions sur le site de l'hôpital d'Arpajon, avec des missions transversales au sein du GHT.
- ✓ De plus, chaque Direction fonctionnelle et Directeurs adjoints organisent sa représentation et sa présence sur le site de l'hôpital d'Arpajon. Le directeur d'hôpital adjoint, directeur délégué de l'hôpital est concerté préalablement aux décisions sur les sujets significatifs ou sensibles notamment relatifs aux ressources humaines médicales et non médicales.

ARTICLE 5 : AUTONOMIE DES ÉTABLISSEMENTS, RESPECT DES INSTANCES

La présente convention ne modifie pas le statut des établissements signataires qui conservent leur personnalité juridique propre tant sur le plan administratif, juridique et budgétaire, et disposent en propre des instances décisionnelles et consultatives prévues par le Code de la santé publique ou le Code de l'action sociale et des familles.

Chaque établissement conserve ses propres instances telles que le conseil de surveillance, le directoire, la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-technique.

Toute mise en commun de moyens, tant en fonctionnement qu'en investissement doit se faire par voie de convention bilatérale respectant les attributions financières de chaque établissement.

Le Directeur et l'équipe de Direction commune sont chargés de mettre en œuvre les délibérations arrêtées par les Conseils de surveillance de chaque établissement signataire.

Ils exercent leurs missions dans le respect des attributions des instances de chacun des établissements dont ils assurent l'information régulière dans leurs domaines de compétences respectifs.

Les personnels médicaux et non médicaux sont nommés dans l'un des établissements, au sein duquel ils exercent leur activité de manière exclusive ou principale. Ils ne peuvent faire l'objet d'une mutation ou d'une mise à disposition dans un autre établissement que sur leur demande ou après proposition écrite du CHA et avec leur consentement écrit.

Le (la) Président(e) de CME du CHA donne son avis sur l'ensemble des sujets qui relèvent de ses prérogatives. Il (elle) siège bien entendu au Directoire du CHA en qualité de Vice-président(e) conformément à la réglementation en vigueur.

ARTICLE 6 : RÉPARTITION DES CHARGES FINANCIÈRES DE L'ÉQUIPE DE DIRECTION COMMUNE

Chaque établissement rémunère les cadres de direction dont il est employeur. Les charges sont réparties entre les établissements dans le respect des équilibres des charges antérieurement réparties.

Les charges financières liées aux prestations échangées entre les établissements signataires font l'objet d'une facturation au coût réel, sur la base de décisions du directeur précisant la nature des moyens engagés et la répartition des charges y afférentes.

ARTICLE 7 : DATE D'EFFET, DURÉE, RETRAIT, DÉNONCIATION ET RUPTURE DE LA CONVENTION

La présente convention prend effet pour une période de quatre années à la date du 1^{er} janvier 2020 sous réserve de la nomination du directeur commun par le Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

Elle fera l'objet d'une évaluation annuelle par les différents signataires et pourra être résiliée à la suite de cette évaluation par délibérations d'un des conseils de surveillance après avis des instances des établissements composant cette direction commune avec un préavis de 6 mois.

En cas de retrait d'un des deux établissements ou en cas de rupture de la convention de Direction commune, les personnels de Direction concernés par le retrait ou la rupture sont réaffectés conformément aux dispositions réglementaires prévues dans les statuts des personnels de direction susvisés.

En cas de litige dans l'application de la convention, les établissements signataires s'engagent à en favoriser la résolution, le cas échéant avec la médiation du Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France ou son représentant dans le territoire de l'Essonne.

ARTICLE 8 : DISPOSITIONS DIVERSES

La présente convention sera communiquée à la Directrice générale du Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, au Directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France, au Délégué départemental de l'Essonne à l'ARS Île-de-France ainsi qu'aux trésoriers des deux établissements.

Fait le 18 octobre 2019
En 2 exemplaires originaux

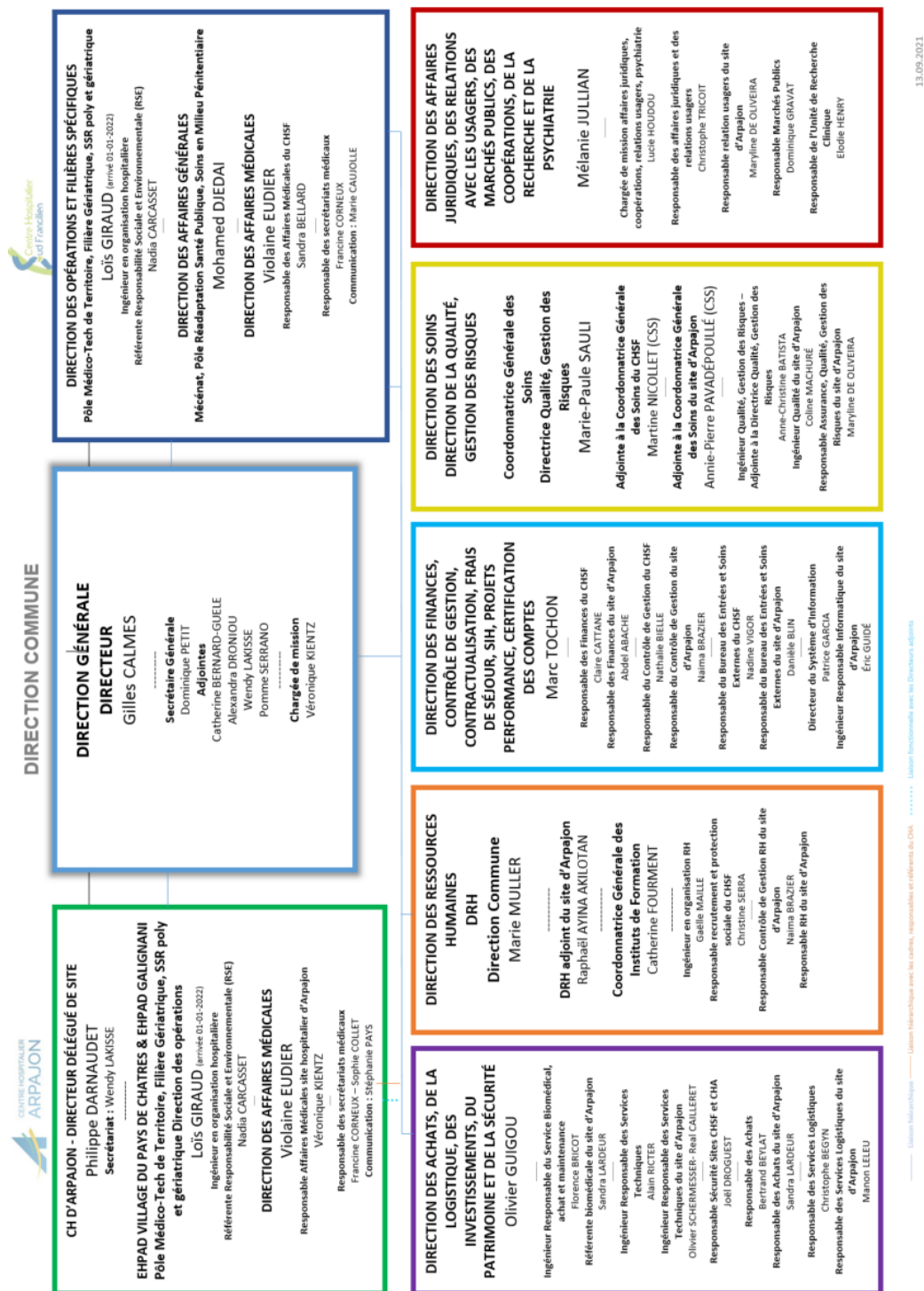
Pour le Centre Hospitalier d'Arpajon

Pascal FOURNIER	Philippe DARNAUDET	Nathalie
	TOLEDANO	
Président du Conseil de Surveillance	Directeur par intérim	Présidente de CME

Pour le Centre Hospitalier Sud Francilien

Francis CHOUAT	Gilles CALMES	Michèle GRANIER
Président du Conseil de Surveillance	Directeur par intérim	Présidente
de CME		

ANNEXE 4 : Organigramme de la direction commune



ANNEXE 5 : Postes partagés de la direction commune entre le CHSF et le CHA

DIRECTIONS / SERVICES	AGENTS	CHA	CHSF
Direction Générale <i>01/01/2020</i>	Mme P Attachée d'Administration Hospitalière	30 %	70 %
Direction de la Stratégie <i>01/01/2020</i>	Mme C Ingénieur en organisation hospitalière	40 %	60 %
Secrétaires médicales <i>01/01/2020</i>	Mme T Responsable des secrétariats médicaux	20 %	80 %
Affaires médicales au CHA Direction intérim CHSF <i>01/01/2020</i>	Mme K FF Attachée d'Administration Hospitalière	50 %	50 %
Activité libérale COPS <i>01/02/2020</i>	M. Y Adjoint des cadres hospitaliers	20 %	80 %
Direction des Services Techniques <i>01/01/2020</i>	M. R Directeur des Services Techniques	20 %	80 %
Travaux <i>01/07/2020 au 31/12/2020</i>	M. C Ingénieur des Services Techniques	80 %	20 %
Travaux <i>01/01/2021</i>	M. F Responsable technique (écriture et suivi des marchés techniques)	20 %	80 %
Sécurité <i>01/09/2020</i>	M. D Responsable Sécurité Sûreté Malveillance et Prévention ainsi que Délégué à la sécurité	20 %	80 %

Biomédical <i>01/01/2020</i>	Mme B Ingénieur responsable du service biomédical	30 %	70 %
Achat <i>01/01/2021</i>	M. B Responsable des achats	20 %	80 %
Logistique <i>01/01/2021</i>	M. B Ingénieur et responsable du pôle logistique	20 %	80 %
Coordination Générale des Soins de la direction commune <i>01/12/2020</i>	Nomination au CHA d'une Adjointe à la Coordinatrice Générale des Soins Mme P Cadre Supérieure de Santé	100 %	0 %

ANNEXE 6 : Politique commune CHA et CHSF en matière de qualité et sécurité des soins



Politique Qualité Sécurité des Soins 2021-2024

Centre Hospitalier d'Arpajon
Centre Hospitalier Sud Francilien

Engagés pour nos patients dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : une sécurité optimale pour des soins de qualité

Notre politique traduit la volonté du Directeur Général, des Présidentes de CME et de la Coordinatrice Générale des Soins à :

- Développer et diffuser une culture de la qualité et de la sécurité des soins fondée sur une dynamique d'évaluation collective,
- Faire de l'amélioration de la prise en charge et de la satisfaction des patients, une préoccupation permanente partagée par tous les acteurs.

Elle est fondée autour de 4 axes principaux cohérents et indissociables les uns avec les autres convergents et centrés sur l'expérience patient.

La politique qualité sécurité des soins fixe les orientations dans lesquelles s'inscrivent les pôles et les services, garantissant ainsi la cohérence de l'ensemble des démarches. Elle se décline dans un programme d'action mis en œuvre au quotidien par nos professionnels.

La politique est communiquée au niveau stratégique au travers d'une feuille de route puis au niveau opérationnel via une charte qualité fixant nos engagements 2021-2024.

Gilles CALMES
Directeur Général

Michèle GRANIER
Présidente de CME - CHSF

Nathalie TOLEDANO
Présidente de CME - CHA

Marie-Paule SAULI
Coordinatrice Générale des Soins
Directrice Qualité Gestion des Risques

<p>1</p> <h3>Etre résolument orienté patient</h3> <p>Etre résolument orienté patient c'est permettre l'innovation autour du projet personnalisé de soin. Chaque projet est unique et fondé sur la co-construction avec nos patients qui deviennent alors de véritables partenaires dans leur prise en charge. C'est aussi promouvoir l'implication institutionnelle et une communication partagée tout au long du parcours de soins. Notre première priorité est de toujours satisfaire les besoins et attentes de nos patients et de leur entourage.</p> <h4>NOS OBJECTIFS</h4> <p>Solliciter l'engagement du patient pour le rendre acteur de sa prise en charge</p> <p>Développer le recueil de l'expérience patient pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,</p> <p>Mobiliser les professionnels sur leur cœur de métier pour la recherche du résultat optimal pour le patient,</p> <p>Associer les proches et aidants aux parcours de soins des patients.</p>	<p>2</p> <h3>Développer une culture sécurité des soins : une dimension impulsée au plus haut niveau de la gouvernance</h3> <p>La gouvernance place au plus haut niveau de ses priorités la sécurité des soins et l'impulse au cœur de la culture de ses établissements de santé. Ainsi, elle réaffirme en permanence la sécurité des soins comme un impératif absolu.</p> <h4>NOS OBJECTIFS</h4> <p>Ancrer la culture sécurité des soins dans les pratiques professionnelles,</p> <p>Accompagner au quotidien les professionnels dans l'intégration et l'évaluation des pratiques sécurité,</p> <p>Obtenir l'exemplarité et soutenir la vigilance partagée,</p> <p>Responsabiliser chaque professionnel pour la maîtrise des risques liés à leurs pratiques afin qu'ils deviennent vecteur de l'engagement sécurité auprès de son équipe.</p>	<p>3</p> <h3>Fédérer les équipes autour du management de la qualité et de la sécurité des soins</h3> <p>Notre politique est portée par un système de management intégré qualité sécurité des soins. Il repose sur une organisation claire, définie et connu de tous, des activités hospitalières, supportée par des fonctions transversales robustes. Le déploiement et la mise en œuvre de ce système est réfléchi au plus proche des problématiques métiers. Il s'opère selon des objectifs stratégiques et partagés visant invariablement à l'amélioration des pratiques.</p> <h4>NOS OBJECTIFS</h4> <p>Satisfaire aux standards les plus élevés : la nouvelle certification de la HAS,</p> <p>Redéfinir la notion de qualité sécurité des soins et donner du sens,</p> <p>Impulser une dynamique d'amélioration continue en favorisant les démarches d'innovation participatives,</p> <p>Promouvoir le travail en équipe pluri professionnelle et pluridisciplinaire</p>	<p>4</p> <h3>S'inscrire dans une démarche de responsabilité sociétale pour l'amélioration de la performance</h3> <p>Nos activités évoluent dans un système de management au-delà de nos centres hospitaliers. Prendre en compte les besoins et les attentes de nos parties intéressées tout en nous responsabilisant davantage sur l'environnement qui nous entourent est l'une de nos priorités majeures dans les années à venir.</p> <h4>NOS OBJECTIFS</h4> <p>Affirmer les démarches de qualité de vie au travail et garantir de bonnes conditions de travail,</p> <p>Garantir la qualité et la sécurité des soins au travers de la formation et de la qualification de nos équipes,</p> <p>Intégrer le développement durable à notre système de management qualité sécurité des soins et mettre en œuvre des actions concrètes au quotidien,</p> <p>Promouvoir et contribuer à la recherche clinique et aux démarches d'innovation,</p> <p>Favoriser les parcours de soins sur le territoire.</p>
---	--	---	---

ANNEXE 7 : Ordre du jour du premier directoire commune CHA – CHSF



REF : Version 005/2021 validée

REUNION COMMUNE DES DIRECTOIRES CHA - CHSF

Ordre du jour

14 AVRIL 2021 à 17h

Lieu : CHSF – Salle du Conseil de Surveillance

Introduction par le Président du Directoire : **Gilles Calmes**, Directeur

1. **Filières institutionnelles** :

- o Filière gériatrique de l'UGA au SSR ... à l'EHPAD : **Dr Andriatsiferana – Dr Cervantes**
- o Le parcours patient des urgences aux filières de prise en charge : **MP. Sauli - AP.Pavadepouille**

2. **Axes de réflexion pour l'avenir CHA/CHSF** :

- o La transition en diabétologie de l'adolescent au jeune adulte sur le territoire : **Pr Penformis – Dr Demayer**
- o La prise en charge de l'insuffisance cardiaque sur le territoire CHA/CHSF : **Dr Goube**
- o Les perspectives en Télémedecine : **D. Costes – Dr Lhermitte**

3. **Enjeux pour les projets CHA/CHSF** :

- o Construction d'une réflexion commune ORL : **E. Leforestier – Dr Salvan**
- o Hépatogastroentérologie : **Dr Toledano**
- o Gynécologie : **Dr Granier**



Le Président du Directoire,
Gilles CALMES
Directeur
Direction Commune
Gilles CALMES
Centre Hospitalier d'Arpajon

Centre Hospitalier Sud Francilien – 40 avenue Serge Dassault - 91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex
Direction Générale : 01 61 69 51 08 / 51 06 / 51 03 ou 78 24 - Fax 01 61 69 51 09
Courriel : direction.generale@chsf.fr

ANNEXE 8 : Affiche de l'appel à idées 2021

PERSONNEL MÉDICAL ET PARAMÉDICAL DU GHT ILE-DE-FRANCE SUD

**Vous avez une idée utile
et innovante pour l'hôpital**
Le réseau Genopole peut la concrétiser

-  Solution informatique
-  Application
-  Outils connectés
-  Réalité virtuelle
-  Etudes
-  Aide au diagnostic
-  Dépistage
-  Education thérapeutique
-  Formation
-  Lien Ville-Hôpital

ET + ENCORE...

**APPEL À IDÉES
2021**

SOUTIEN FINANCIER
JUSQU'À 10 000€

**PARTICIPEZ
CLIQUEZ ICI**



**11 INNOVATIONS
ACCOMPAGNÉES DEPUIS 2018**

RENCONTREZ LES LAURÉATS DES ÉDITIONS PRÉCÉDENTES ET LES ACTEURS DE GÉNOPOLÉ AU COURS DE LA PAUSE DÉJEUNER - VENDREDI 10 SEPTEMBRE 2021 (12H - 14H) SALLE DU CONSEIL - PÔLE A - 2ÈME ÉTAGE HÔPITAL SUD FRANCILIEN (REPAS À EMPORTER OFFERT)

ANNEXE 9 : Guide d'entretien

I. Introduction

Présentation de mon sujet et de l'objet de l'entretien

Demande d'enregistrement avec rappel de l'anonymat des réponses

II. Enjeux liminaires

La direction commune, qu'est ce que cela vous évoque ?

L'innovation en santé/à l'hôpital : en quoi cela consiste ? Quelle est sa place actuelle et future ?

Historique : rappelez-moi l'historique de la DC (orienter sur des aspects plus précis si besoin)

III. Les objectifs

De votre point de vue de... qu'attendez-vous de la mise en œuvre de la direction commune ?

Plusieurs dimensions pour approfondir :

- Aborder les différentes fonctions de l'interlocuteur s'il y a lieu
- Suivant l'établissement concerné ou du point de vue global
- Suivant l'échelle (locale, territoriale, national)
- Suivant les secteurs (services de soins, directions fonctionnelles...)

Aspect critique :

- Décalage entre les attentes personnelles et institutionnelles ou nationales
- Les objectifs habituellement assignés sont-ils pertinents ?

IV. Les moyens

Quels moyens sont-ils nécessaires pour atteindre les objectifs que vous avez évoqués ?

Aspect critique :

- Ces moyens sont-ils actuellement à disposition ?
- Voyez-vous des moyens innovants qui pourraient être proposés ?

V. Les inconvénients de la direction commune

Quels sont les inconvénients engendrés par la mise en place d'une direction commune ?

Pour approfondir :

- Conjoncturels vs. Structurels
- Ces inconvénients risquent-ils de brider l'innovation ?

VI. L'innovation

Quel environnement organisationnel est le plus favorable à l'innovation ? Quels sont les freins les plus courants de l'innovation ?

De ce point de vue, quels apports / limites d'une direction commune ?

Exemples concrets ?

VII. Perspectives

Dans votre domaine, comment la DC pourrait être mise au service de l'innovation ?

A titre personnel, comment pourriez-vous contribuer à cela ?

Exemples ?

Directeurs d'hôpital

Promotion Louis Lareng (2020-2021)

**La direction commune au service de l'innovation organisationnelle :
co-construction institutionnelle et stratégie médico-soignante
Exemple des centres hospitaliers d'Arpajon et du Sud Francilien**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP

Résumé :

Depuis près de vingt ans, l'évolution des besoins de santé ainsi que les contraintes démographiques et économiques ont conduit les hôpitaux publics français à s'engager dans la territorialisation de l'offre de santé. Dans cette optique, directions communes et GHT créent des organisations plus efficaces et compétentes au profit de filières de soins coordonnées et accessibles sur le territoire.

La direction commune CHA-CHSF initiée en 2020, a offert un terrain d'étude *via* la conduite d'une vingtaine d'entretiens et la mise en perspective des références bibliographiques mobilisées.

Pour les acteurs interrogés, les rigidités et tensions générées par une direction commune peuvent être dépassées par des innovations organisationnelles permises par la réallocation des gains d'efficacité et de compétence qu'elle produit. La co-construction d'une stratégie médico-soignante portée par la direction induit une reconnaissance accrue de l'engagement de l'ensemble des acteurs hospitaliers ainsi qu'une meilleure qualité de prise en charge des patients sur le territoire.

Mots clés :

Direction commune ; innovation organisationnelle ; GHT ; stratégie médico-soignante ; co-construction ; coopérations ; efficacité ; intrapreneuriat ; convergence ; filières de soins ; identité commune ; communication ; fonctions supports ; montée en compétence ; entretiens.

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.